



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Marta Inês Quintans Garcia

Viseu, 2016



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Marta Inês Quintans Garcia

Orientador: Professor Doutor Nélcio Veiga

Co-orientador: Mestre André Baptista

Viseu, 2016

“O único lugar onde o sucesso vem antes do trabalho é no dicionário”

Albert Einstein

Resumo

O presente documento pretende dar visibilidade ao trabalho realizado na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, durante o ano letivo 2015/2016, vocacionado para a obtenção do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Tem o propósito de dissecar a atividade clínica consumada pela autora, ao longo do 5º ano, e ainda, analisar de forma introspetiva o percurso associado ao desenvolvimento de competências técnicas e científicas que ambicionam a melhoria da qualidade dos serviços médico-dentários prestados ao paciente.

O Relatório de Atividade Clínica reúne toda a prática clínica e pretende apresentar uma análise estatística dos atos clínicos cumpridos pela autora, sob uma perspetiva quantitativa e qualitativa.

A interação com pacientes não só potencia um crescimento intrínseco profissional, no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento das várias patologias da cavidade oral, como também propicia a consubstanciação de todo um arsenal teórico adquirido ao longo dos anos. É de relevar, o contributo meritório dos docentes que nos transmitiram um vasto leque de conhecimentos basilares que nos irão, certamente, acompanhar ao longo da vida.

Contudo, não podemos ignorar que o conhecimento nesta fase é bastante primata. A formação contínua e a procura incessante de conhecimento nortear-me-ão ao longo de toda a jornada profissional.

Palavras-Chave: Atividade Clínica, Medicina e Patologia Oral, Cirurgia Oral, Endodontia, Odontopediatria.

Abstract

This document want to demonstrate all the clinical work made during this scholar year - 2015/2016 in “Clínica Dentária Universitária - Universidade Católica Portuguesa” with the goal to obtain the Master Degree. The real purpose of it, is to explain step by step all the clinical activity made by the author during the fifth grade, and analyze all the path associated with the development of technical and scientific skills that aspire to improve the quality of medical services provided to all the patients.

The “Relatório de Atividade Clínica” gathers all the clinical practice and provide statistical analysis of all the medical appointment made by the author, under one qualitative and quantitative perspective.

The interactions with all the patients not only increase the professional growth, witch concern to diagnosis and treatment of many diseases of the oral cavity, but also provides the theoretical substantiation of the whole stockpile acquired over the years. It's important to say that all the professors had an enormous contribute increasing the basic medical knowledge for all life long.

However, we can't ignore that in this fase all the information is at the bottom. All the process of professional qualification is a long way to go and will make me a better professional day by day.

Keywords: Clinical activity, Oral Medicine and Pathology, Oral Surgery, Endodontics, Pediatric Dentistry.

Agradecimentos

À minha mãe, pelo exemplo de firmeza, determinação e amor incondicional. Por ser o meu alento, por honrar e fazer justiça à palavra “mãe”.

À minha irmã, por ser a minha maior confidente, a outra parte de mim.

Ao meu pai, pela inspiração.

À minha família, por tudo o que nos une e jamais será olvidado. A minha mais genuína e incontestável gratidão.

Ao meu namorado, Ricardo, a minha bússola, agradeço por tantas vezes me dizer onde é o Norte. Presto a minha gratidão pela paciência, apoio absoluto envolto de companheirismo e carinho.

Ao meu amigo André Eduardo, “*Brothers in Arms*”, foi o que nós fomos, é o que nós somos.

Ao meu amigo Engenheiro Manuel Rodrigues por me inculcar hábitos de estudo e de trabalho, a quem sublinho o meu maior apreço e admiração.

Aos meus amigos D^a Isabel, Gabriela, Joana, Jorge, Amorim, Pedro, Obrigada.

Ao meu Orientador Professor Doutor Nélcio Veiga e Co-orientador Mestre André Baptista, pela sapiência, disponibilidade, motivação e simplicidade.

Aos professores, por me inculcarem a paixão pela arte da Medicina Dentária.

Índice Geral

Resumo	vii
Abstract.....	ix
Agradecimentos	xi
Índice de Gráficos.....	xvii
Índice de Tabelas	xix
Índice de Imagens.....	xxi
Lista de Abreviaturas.....	xxv
Introdução	1
Avaliação do risco em Medicina Dentária	10
Medicina Dentária e diferentes áreas.....	11
Objetivos.....	15
Materiais e métodos.....	17
Resultados.....	19
Caracterização geral da amostra.....	19
Atividade desenvolvida em cada unidade curricular.....	28
Casos Clínicos Diferenciados.....	41
Caso clínico 1 – Reabilitação de um dente extensamente destruído com espigão e falso coto e coroa metalocerâmica.....	41
Enquadramento teórico.....	41
Descrição do caso clínico	43
Procedimento clínico	44

Registo ilustrativo do procedimento clínico	48
Discussão e prognóstico do caso clínico	54
Caso clínico 2 – Avulsão de dentes permanentes.....	55
Enquadramento teórico.....	55
Descrição do caso clínico	56
Procedimento clínico	57
Registo ilustrativo do procedimento clínico.....	58
Discussão e prognóstico do caso clínico	60
Caso clínico 3 – Tratamento de uma Reabsorção Interna com MTA®	63
Enquadramento teórico.....	63
Descrição do caso clínico	64
Procedimento clínico	65
Registo ilustrativo do procedimento clínico.....	66
Discussão e prognóstico do caso clínico	69
Caso clínico 4 – Posição atípica das raízes do dente 27 com relação evidente com o seio maxilar, risco acrescido de comunicação ororantral imediata	71
Enquadramento teórico.....	71
Descrição do caso clínico	72
Procedimento clínico	74
Registo ilustrativo do procedimento clínico.....	75
Discussão e prognóstico do caso clínico	76
Caso clínico 5 – Gengivite Induzida por Fármacos.....	77
Enquadramento teórico.....	77

Descrição do caso clínico	78
Material utilizado.....	79
Procedimento clínico	80
Registo ilustrativo do procedimento clínico.....	80
Discussão e prognóstico do caso clínico	83
Atividade científica.....	85
Publicação Científica I.....	86
Publicação Científica II	88
Publicação Científica III.....	90
Publicação Científica IV.....	92
Publicação Científica V	94
Publicação Científica VI.....	96
Discussão	101
Conclusão	107
Bibliografia.....	109
Anexos.....	117
Anexo I – História Clínica.....	117
Anexo II - Ficha de Risco.....	118
Anexo III – Odontograma.....	121
Anexo IV - Publicação científica I (Poster).....	122
Anexo V - Publicação científica II (Poster).....	123
Anexo VI - Publicação científica III (Poster).....	124
Anexo VII – Publicação científica IV (Poster).....	125

Anexo VIII – Publicação científica V (Poster).....	126
Anexo IX – Publicação científica VI (Artigo de Revisão).....	127

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Percentagem de Pacientes por género	19
Gráfico 2 - Distribuição de pacientes por faixa etária	20
Gráfico 3 - Frequência de escovagem da população observada	21
Gráfico 4 - Percentagem de pacientes que utiliza fio dentário	22
Gráfico 5 - Percentagem de pacientes com Patologia Diabética	23
Gráfico 6 - Percentagem de pacientes com Hipertensão Arterial.....	24
Gráfico 7 - Percentagem de pacientes em risco de Doença Cardiovascular Aterosclerótica.....	25
Gráfico 8 - Percentagem de pacientes com Hábitos Tabágicos.....	26
Gráfico 9 - Percentagem de Regimes Terapêuticos em pacientes da amostra global	27
Gráfico 10 - Distribuição de atos como Operadora e Assistente.....	28
Gráfico 11 - Distribuição de atos realizados pelo binómio por Área Disciplinar	28
Gráfico 12 - Distribuição de consultas por atos clínicos como operadora no âmbito da Cirurgia Oral.....	30
Gráfico 13 - Distribuição de consultas por atos clínicos realizados pelo binómio no âmbito da Periodontologia.....	32
Gráfico 14 - Frequência de pacientes diabéticos com doença periodontal.....	32
Gráfico 15 - Distribuição de consultas por atos clínicos realizados pelo binómio no âmbito de Prótese Fixa	33
Gráfico 16 - Distribuição de consultas por atos clínicos realizados pelo binómio em Prótese Removível.....	34
Gráfico 17 - Distribuição de consultas por atos clínicos como operadora em Oclusão .	35
Gráfico 18 - Distribuição de consultas por atos clínicos como operadora em Dentisteria Operatória	36

Gráfico 19 - Distribuição de consultas por atos clínicos realizados como operadora em Endodontia.....	37
Gráfico 20 - Distribuição de consultas por atos clínicos como operadora em Odontopediatria	38

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição de atos clínicos como operadora e assistente no âmbito de Medicina oral.....	29
Tabela 2 - Distribuição de atos clínicos como operadora e assistente no âmbito de Cirurgia Oral.....	30
Tabela 3 - Distribuição de atos clínicos como operadora em Periodontologia	31
Tabela 4 - Distribuição de atos clínicos como operadora e assistente no âmbito de Prótese Fixa	33
Tabela 5 - Distribuição de atos clínicos como operadora e assistente no âmbito de Prótese Removível.....	34
Tabela 6 - Distribuição de atos clínicos como operadora e assistente no âmbito de Oclusão	35
Tabela 7 - Distribuição de atos clínicos como operadora e assistente no âmbito de Dentisteria.....	36
Tabela 8 - Distribuição de atos clínicos como operadora e assistente no âmbito de Endodontia.....	37
Tabela 9 - Distribuição de atos clínicos como operadora e assistente no âmbito de Odontopediatria	38

Índice de Imagens

Figura 1 - Impressões em Alginato	48
Figura 2 - Modelos de Estudo	48
Figura 3 - Vista oclusal do remanescente dentário.....	48
Figura 4 - Vista vestibular do remanescente dentário	48
Figura 5 - Radiografia inicial (15).....	48
Figura 6 - Radiografia final após retratamento (15).....	48
Figura 7 - Impressão do canal com resina padrão do tipo DuraLay®, confirmação do tempo de presa com sondas exploratória.....	49
Figura 8 - Espigão provisório com resina padrão do tipo DuraLay®	49
Figura 9 - Vista vestibular, padrão em DuraLay®	49
Figura 10 - Padrão do tipo DuraLay® (componente radicular e coronário)	49
Figura 11 - Espigão metálico.....	49
Figura 12 - Coroa provisória	49
Figura 13 - Falso coto fundido	50
Figura 14 - Retenção na zona radicular do falso coto fundido.....	50
Figura 15 - Adaptação marginal do falso coto fundido previamente à cimentação	50
Figura 16 - Preparação do cimento definitivo	50
Figura 17 - Colocação do cimento definitivo	51
Figura 18 - Vista vestibular, falso coto fundido cimentado	51
Figura 19 - Vista oclusal, falso coto fundido cimentado.....	51
Figura 20 - Vista oclusal, falso coto fundido, isolamento do preparo com fio de retração embebido em cloreto de alumínio;	51
Figura 21 - Coroa provisória	51
Figura 22 - Registo de mordida com Oclufast®.....	52

Figura 23 - Impressão definitiva.....	52
Figura 24 – Infra-estrutura metálica no troquel.....	52
Figura 25 - Vista palatina, prova da infra-estrutura.....	52
Figura 26 - Vista vestibular, prova da infra-estrutura em boca.....	52
Figura 27 - Coroa metalocerâmica no troquel.....	53
Figura 28 - Seleção da cor.....	53
Figura 29 - Vista palatina, coroa metalocerâmica cimentada.....	53
Figura 30 - Vista vestibular, coroa metalocerâmica cimentada;.....	53
Figura 31 - Vista vestibular, controlo (3 meses).....	53
Figura 32 - Radiografia final, coroa metalocerâmica e falso coto fundido.....	54
Figura 33 - Controlo (3 meses).....	54
Figura 34 - Fotografia extra-oral (2 dias após o episódio de avulsão).....	57
Figura 35 - Ortopantomografia e radiografias periapicais.....	58
Figura 36 - Teleradiografia.....	58
Figura 37 - Modelos de estudo.....	58
Figura 38 - Cicatrização dos tecidos lacerados (1 semana após o acidente).....	58
Figura 39 - Fotografias intra-orais em PIM.....	59
Figura 40 - Registo de mordida com Oclufast®.....	59
Figura 41 - Placa de Hawley.....	59
Figura 42 - Oclusal superior.....	59
Figura 43 - Oclusal superior com placa de Hawley.....	59
Figura 44 - Vista frontal com placa de Hawley.....	60
Figura 45 - Ortopantomografia.....	64
Figura 46 - Radiografia pré-operatória.....	64
Figura 47 - Determinação da Odontometria.....	66
Figura 48 - Colocação de Hidróxido de Cálcio.....	66

Figura 49 - Conometria do canal distal	67
Figura 50 - Colocação de MTA® nos 3mm apicais	67
Figura 51 - Radiografias pós-operatórias	67
Figura 52 - Remoção da restauração a amálgama	68
Figura 53 - Acondicionamento ácido	68
Figura 54 - Colocação de Compósito Flow no fundo da cavidade.....	68
Figura 55 - Restauração definitiva com Synergy ® D6	68
Figura 56 - Radiografia controlo (1 mês)	69
Figura 57 – Ortopantomografia	72
Figura 58 - Radiografia periapicalMaterial utilizado	72
Figura 59 - Fotografia intra-oral pós- extração	75
Figura 60 - Fotografia intra-oral pós-extração	75
Figura 61 - Raízes vestibular e palatina.....	75
Figura 62 - Fotografia pós-operatória.....	75
Figura 63 - Oclusal superior (Controlo 1 semana)	75
Figura 64 – Ortopantomografia	80
Figura 65 - Periograma	81
Figura 66 - Fotografia pré-operatória	81
Figura 67 - Fotografia pós-operatória (Bisel externo).....	82
Figura 68 - Controlo (1 semana).....	82
Figura 69 - Controlo (2 meses).....	82
Figura 70 - Controlo (2 meses).....	83

Lista de Abreviaturas

A

ADA – American Dental Association

ASA – American Society of Anesthesiologists

ATM – Articulação Temporomandibular

AVC – Acidente Vascular Cerebral

B

BOP – Bleeding On Probing

D

DCI – Doença Cardíaca Isquêmica

DCV – Doença Cardiovascular

F

FRCV – Fatores de Risco Cardiovascular

G

GUNA – Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda

H

HAART – Highly Active Antiretroviral Therapy

I

IP – Índice de Placa

IRM – Intermediate Restorative material

M

MTA – Mineral Trioxide Aggregate

O

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial de Saúde

P

PCAg – Periodontite Crónica Avançada generalizada

PCLg – Periodontite Crónica Leve generalizada

PCMg – Periodontite Crónica Moderada generalizada

PIM – Posição de Intercuspidação Máxima

PSR – Periodontal Screening and Recording

PUNA – Periodontite Ulcerativa Necrosante Aguda

R

RAR – Raspagem e Alisamento Radicular

RDC-TMD – Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

S

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

V

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Introdução

A “Organização Mundial de Saúde” (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades. A saúde passa, então, a ser mais um valor da comunidade que do indivíduo. É um direito fundamental do ser humano, que deve ser assegurado sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição sócio-económica. (1)

Em 1997, a “*American Dental Association*” (ADA) definiu Medicina Dentária como o ramo da Medicina que envolve a avaliação, diagnóstico, prevenção e/ou tratamento (não-cirúrgico, cirúrgico ou procedimentos relacionados) de patologias, desordens e/ou condições da cavidade oral, área maxilo-facial e/ou em estruturas associadas e adjacentes, como também o seu impacto no corpo humano. (2)

A importância da anamnese é considerada como determinante para orientar e guiar o exame clínico. (3)

A recolha da história clínica é um procedimento crucial antes da realização de qualquer tratamento médico. Permite estabelecer o perfil do paciente, funcionando como a primeira linha de defesa, ditando as limitações e precauções a serem respeitadas antes da decisão final do plano de tratamento a ser realizado. Neste prisma, a história clínica deve incluir, fundamentalmente, o motivo da consulta, todo o historial de patologias de ordem sistémica a que esteve ou está sujeito, desde as suas manifestações prodrómicas até ao estágio de evolução no momento do exame e medicação atual do paciente. Posto isto, o médico dentista reúne as condições necessárias para a construção personalizada e individualizada do diagnóstico, avaliação, monitorização das condições orais e sistémicas existentes e o estabelecimento de um correto plano de tratamento. (4)

O médico dentista deve inquirir o paciente de forma a recrutar todos os dados que preencham a história clínica, promovendo, ao mesmo tempo, a relação médico-paciente através de um diálogo contínuo. (5)

No decorrer do exame clínico, o médico dentista deve munir-se de capacidades para detetar sinais potencialmente indicativos de patologias sistémicas, através da inspeção visual, palpação, percussão e exames complementares de diagnóstico para o estabelecimento de um correto diagnóstico diferencial. (6)

É sabido que o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) está na origem da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), tem sido considerada uma das mais desastrosas pandemias a nível mundial. (7) Assume-se como uma deterioração progressiva das células vitais do sistema imunitário, como linfócitos T auxiliares CD4⁺, macrófagos e células dendríticas, repercutindo-se na diminuição exponencial do número de linfócitos T CD4⁺. (8) Cerca de 30% a 80% dos pacientes afetados apresentam manifestações patológicas ao nível da cavidade oral. (9) Nestes casos, é recorrente a observação de doença periodontal (Gengivite Ulcerativa Necrosante Agressiva – GUNA e Periodontite Ulcerativa Necrosante Agressiva – PUNA), infeções secundárias decorrentes da *Candida*, leucoplasia pilosa, linfoma de *Non-Hodgking*, sarcoma de Kaposi, (7) associadas à diminuição do número de linfócitos T CD4⁺. (10)

A candidíase, preditiva da instalação de SIDA, subsiste como uma infeção fúngica oportunista causada, mais frequentemente, pela *Candida Albicans*. A candidíase oral pode apresentar quatro formas clínicas: pseudomembranosa, eritematosa, queilite angular e hipertrófica. É das manifestações mais prevalentes em pacientes infetados com VIH, afetando cerca de 90% dos mesmos, previamente ao tratamento com “*Highly Active Antiretroviral Therapy*”(HAART). (7)

A leucoplasia pilosa, causada pelo vírus *Epstein-Barr* (11), trata-se de um indicador sugestivo de grave comprometimento imunológico. (12) É uma lesão epitelial hiperplásica, branca, não removível à raspagem, localizada preferencialmente nos bordos laterais da língua, unilateral ou bilateral, mais incidente no género masculino. O tratamento desta patologia baseia-se na administração anti-viral sistémica e/ou cirúrgica. (13).

O sarcoma de Kaposi foi descrito, primariamente, em 1872 e define-se como uma lesão vascular que surge a partir de células endoteliais e linfáticas. (14) Trata-se do tumor mais comum em pacientes infetados por VIH, causado pelo herpes vírus humano (HHV-8). (15) Na cavidade oral ocorre mais frequentemente na gengiva, palato duro e língua. (14)

Os pacientes imunocomprometidos podem também patentear hiperplasia focal epitelial, condiloma acuminatum, herpes simples, verruga vulgar, Vírus *Varicela-Zoster*, entre outras. (7)

As “lesões brancas” que conhecemos apresentam um vasto leque de condições patológicas onde incluímos a língua geográfica, fissurada, saburrosa, pilosa, a

leucoplasia pilosa, a hiperqueratose traumática, o líquen planus, entre outras. O líquen planus, é merecedor de destaque pelo seu potencial maligno. É uma desordem comum, mucocutânea inflamatória crônica, de etiologia idiopática, que afeta 0,5% a 2% da população, maioritariamente o gênero feminino, num rácio de 2:1. (16) O líquen planus oral ocorre predominantemente na mucosa oral, gengiva e língua. Apresenta menos prevalência no palato, lábio e pavimento da boca. Andreason descreveu 6 subtipos de líquen planus oral: o líquen planus reticular, papular, em forma de placa, atrófico, bolhoso e erosivo. A forma clínica reticular é a conformação mais comum, caracterizando-se pela presença de Estrias de Wickham com um discreto halo eritmatoso, presente bilateralmente na mucosa jugal, geralmente assintomático e simétrico. O diagnóstico correto e antecipado previne possíveis transformações malignas, evitando a sua progressão para o desenvolvimento de um carcinoma de células escamosas. (16) (17)

A extensa panóplia de lesões pigmentadas da mucosa oral pode sinalizar a presença de doenças sistêmicas, neoplasias benignas e/ou malignas. Tal diagnóstico implica a reunião de uma história clínica escrupulosa, um detalhado exame intra e extra-oral, sendo que, nalguns casos será necessária biópsia, citologia aspirativa e requerimento de testes laboratoriais. (18) As lesões pigmentadas podem ser subclassificadas em pigmentação endógena, pigmentação focal melanocítica e melanose associada a doenças sistêmicas ou genéticas. Incluídos na pigmentação endógena é importante salientar o hemangioma e o angiossarcoma. (19)

O hemangioma é um tumor benigno, mais comum na infância, com uma incidência que varia entre 4% a 10% da população infantil, caracterizado pela proliferação anormal de vasos sanguíneos. (20) A referida patologia poderá comprometer a componente estética e funcional. Tipicamente é mole à palpação e não atenua a cor (vermelho e/ou púrpura) sob compressão. Os hemangiomas manifestam-se, essencialmente, em locais como a zona peri-orbitária, região pré-auricular e orofaríngea, aparecendo com pouca frequência na cavidade oral, todavia, podemos observá-los na mucosa jugal e língua, sendo raro no palato. Para um correto diagnóstico diferencial, é necessária a confirmação com um exame histopatológico, a fim de descartar a possibilidade de granuloma piogénico. (21).

O angiossarcoma é uma neoplasia maligna das células endoteliais, rara e agressiva, de origem vascular ou linfática. Em cerca de 50% a 52%, os angiossarcomas

aparecem na região da cabeça e pescoço, cuja identificação se peculiariza pela sua coloração violeta localizada no couro cabeludo. A literatura sugere que apenas 1% se manifesta na cavidade oral, podendo afetar a língua, parótidas, lábios, glândulas submandibulares e palato duro. (22) Clinicamente, apresenta-se sob a forma de massas nodulares arredondadas ou ovóides, com coloração azul-avermelhada, descritas por edema, ulceração e hematoma persistente e doloroso. (23)

Nas lesões associadas à pigmentação focal melanocítica, podemos destacar o melanoacantoma oral, mácula melanótica oral e melanoma maligno.

O melanoacantoma oral refere-se a uma pigmentação adquirida, benigna, caracterizada por melanócitos dendríticos dispersos por todo o epitélio. É quase exclusiva em indivíduos de raça negra, com predileção para o género feminino. Afeta, maioritariamente, a mucosa jugal, palato, gengiva e rebordo alveolar. Trata-se de uma lesão normalmente unilateral, hiperpigmentada, solitária, com uma coloração acastanhada/negra. Devido à sua taxa de crescimento alarmante, o melanoacantoma oral é clinicamente indistinguível de um melanoma maligno, por este motivo há uma necessidade impreterível de se realizar uma biópsia. (24)

A mácula melanótica oral deriva do aumento localizado na deposição de melanina e do número de melanócitos. O lábio inferior é a sua localização preferencial, sobretudo perto da linha média. É uma lesão, castanha-amarelada, porém, ocasionalmente azul, plana, oval ou redonda, circunscrita, solitária, podendo atingir 5 mm de diâmetro. O tratamento propício nestas situações traduz-se em controlos periódicos de carácter preventivo, a fim de se averiguarem possíveis alterações de cor, tamanho e forma. (25)

O melanoma maligno foi primariamente descrito por Weber em 1859. O melanoma maligno representa 0.7% de todas as neoplasias orais. Ocorre, predominantemente, no género masculino e resulta de episódios de exposição solar aguda. Encontra-se, frequentemente, no palato podendo estar presente, também, na gengiva, língua e soalho da boca. Caracteriza-se por uma superfície macular ou ulcerativa, com bordos assimétricos e irregulares, com uma coloração azul ou negra. O melanoma maligno tem um elevado potencial metastático, sendo que cerca de 50% dos casos metastizam no fígado e pulmão e 75% em gânglios linfáticos. (26)

No que diz respeito às lesões de melanose associadas a doenças sistêmicas ou genéticas, é de realçar a doença de Addison, hipertiroidismo, síndrome de Peutz-Jeghers e pigmentação “*Cafe-au-lait*”.

A doença de Addison afeta 1 em cada 100.000 pessoas. Caracterizada pela produção insuficiente de cortisol pelas glândulas suprarenais, proveniente da destruição do córtex adrenal, conduzindo a manifestações orais e sistêmicas severas. Clinicamente, na cavidade oral, é comum observar-se a presença de máculas castanhas, difusas ou em placas, na mucosa oral, causadas pela produção excessiva de melanina. É possível constatar-se, também, uma hiperpigmentação bilateral da mucosa jugal, dos lábios e da região posterior da língua. Estes sinais somados a episódios de desconforto gastrointestinal, náuseas, vômitos e perda de peso, poderão conduzir o clínico ao correto diagnóstico. (27)

O hipertiroidismo é uma condição caracterizada pela quantidade excessiva das hormonas da tiróide (triiodotironina e tiroxina) ou pelos níveis elevados da hormona estimuladora da tiróide (TSH), associada a um hipermetabolismo. Em crianças verifica-se a esfoliação prematura ou acelerada dos dentes decíduos e a concomitante erupção precoce ou acelerada dos dentes permanentes. Em adultos é frequente observar-se osteoporose da maxila e da mandíbula. (19)

O Síndrome de Peutz-Jeghers é uma condição hereditária autossômica dominante, associada a uma mutação do gene STK 11, caracterizada pelo desenvolvimento de pólipos benignos, com potencial de transformação maligna no trato gastrointestinal. (28) Neste síndrome a hiperpigmentação oral é um sinal característico que se manifesta na área peri-oral e lábios sob a forma de máculas melanóticas multifocais castanhas. Estas lesões também podem ocorrer na parte anterior da língua e na mucosa jugal. As máculas apresentam-se com forma oval e irregular, assemelhando-se a efélides. (19, 29).

A lesão *Cafe-au-lait* poderá ser congénita ou adquirida em crianças não síndrômicas. Não está indicado qualquer tipo de tratamento, porém, poderão ser indicativas de outras síndromes de relevo. Em indivíduos portadores de seis ou mais máculas *Cafe-au-lait* com mais de 1,5 cm de diâmetro, devem ser submetidas a um diagnóstico diferencial, devido à possibilidade de se estar perante uma neurofibromatose ou síndrome de McCune-Albright. (19)

O clínico deverá adquirir apetências para a distinção entre as referidas lesões pigmentosas e simples pigmentações de origem exógena como a tatuagem por amálgama ou grafite e pigmentação por metais pesados.

Na hipopigmentação, como é exemplo o vitiligo, trata-se de uma condição auto-imune, com um possível componente genético. Caracteriza-se pela perda dos melanócitos e pigmentos dos tecidos afetados. Ao nível da cavidade oral, verifica-se o envolvimento frequente dos lábios e gengivas, podendo também observar-se uma despigmentação palatina. (30)

A cavidade oral pode ser uma sede de suspeita da presença de algum tipo de discrasias sanguíneas, englobando doenças conhecidas como a anemia e leucemia.

São conhecidos diversos tipos de anemias: anemia hemolítica; anemia perniciosa; anemia por deficiência de ácido fólico; anemia megaloblástica; anemia aplástica e deficiência de Fe^{2+} .

A anemia por deficiência de ferro é de todas a mais comum. Neste último subtipo anêmico é frequente depararmo-nos com um quadro clínico de queilite angular, glossite atrófica, disfagia, hipocloridria, acloridria e coiloníquia. O déficit de ferro pode ser proveniente de uma dieta pobre em ferro, hematúria, presença de úlceras gástricas ou intenso fluxo menstrual. (31)

A leucemia consiste num grupo de neoplasias malignas, derivadas das células hematopoiéticas, verificando-se uma proliferação descontrolada de glóbulos brancos. Ao nível da cavidade oral verifica-se a presença de ptéquias e sangramento gengival à mínima manipulação, devido à trombocitopenia resultante. É também de destacar a presença de mucosa pálida e a presença de infeções oportunistas (candidíase, vírus herpes), devido à depressão do sistema imunológico. As doenças sistémicas acarretam uma responsabilidade extrema para o médico dentista. O clínico deve ponderar e avaliar os riscos coadjuvantes antes de qualquer procedimento dentário. Koulocheris *et al.* sugere que procedimentos mais invasivos como procedimentos cirúrgicos, destinados a pacientes leucémicos, devem ser realizados, no mínimo, 6 meses depois da conclusão da quimioterapia e deverá ser realizada profilaxia antibiótica antes da intervenção. (32)

As úlceras orais constituem um tipo de lesão que possui um elevado índice de prevalência na mucosa oral. Este tipo de lesões, na maioria das vezes, possuem aparência clínica similar, no entanto, a sua etiopatogenia pode ser variada. A sua etiologia pode derivar de factores de irritação local, malignidade e reações adversas a

fármacos ou, até mesmo, representar diversas patologias sistêmicas, tais como doenças mucocutâneas (doença de Behçet, líquen planus, lúpus eritematoso, pênfigo), ou gastrointestinais das quais é exemplo a doença de Crohn. (33).

O pênfigo vulgar é uma doença bolhosa mucocutânea, autoimune, potencialmente fatal. O pênfigo vulgar é a forma mais comum de pênfigo, representando 80% dos casos. (34) A referida patologia resulta de bolhas intraepidérmicas, que advêm da união do complexo antígeno-anticorpo que leva à perda da adesão celular ou acantólise. Os primeiros sinais da doença aparecem, em 60% dos casos, na mucosa oral. Iniciam-se, na maioria dos casos, com lesões ulceradas na mucosa oral semelhantes a aftas, podendo permanecer entre 3 meses a 1 ano, antes do aparecimento de lesões cutâneas, em mais de 50% dos casos. Caracterizam-se por lesões bolhosas superficiais de conteúdo hemorrágico que rompem rapidamente deixando úlceras mais profundas, persistentes e dolorosas. Apresentam sinal de Nikolsky positivo. Podem afetar a mucosa jugal, palato mole, lábio e língua. (35) A confirmação de diagnóstico deve ser feita por estudos de imunofluorescência. Nesta patologia encontram-se auto anticorpos das classes IgG ou IgA, dirigidos contra glicoproteínas desmossômicas (desmogleína 1 e/ou desmogleína 3). A administração de corticoterapia reduz a taxa de mortalidade em 75% dos casos. (34)

A doença de Behçet é uma doença multissistêmica caracterizada por ulceração oral e genital, uveíte recidivante e manifestações mucocutâneas, articulares, neurológicas, urogenitais, vasculares, intestinais e pulmonares, de etiologia desconhecida. A ulceração oral que ocorre em 98% dos casos é, geralmente, o primeiro sinal da doença e pode preceder o início dos sintomas sistêmicos por vários anos. A úlcera aftosa é bem definida, oval ou redonda com base necrótica branco-amarelada e halo eritematoso. Na maioria das vezes, encontram-se presentes duas ou mais úlceras. O diâmetro pode variar de 1 a 3 cm. A localização mais frequente inclui os lábios, língua, mucosa jugal, gengiva, palato, amígdalas e faringe. Ocorre regressão espontânea em 2 a 3 semanas com elevada tendência de recorrência. O intervalo de recorrência varia entre dias a meses. A aftose genital ocorre entre 60% a 65% dos casos e é semelhante à presente na cavidade oral. Em homens afeta, predominantemente, o escroto. Em mulheres as úlceras podem ocorrer na vulva, vagina e cérvix, podendo causar dispareunia. Úlceras perianais e perineais ocorrem em ambos os sexos. Também se pode verificar envolvimento ocular, geralmente bilateral, uveíte anterior com hipópion

(exsudato inflamatório). Verifica-se também um comprometimento cutâneo, articular, venoso, do trato gastrointestinal e neurológico. (36)

O lúpus eritematoso sistêmico é uma doença autoimune, multissistêmica de causa desconhecida que é caracterizada por uma resposta imunitária de auto-anticorpos. Esta patologia desencadeia alterações na pele, articulações, rins, pulmões, sistema nervoso e membranas serosas, entre outros. As lesões orais são muito comuns em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. As úlceras orais relacionadas com o lúpus eritematoso sistêmico podem ser do tipo aftoso e, quando presentes, tendem a ocorrer no palato mole e mucosa faríngea. O diagnóstico requer a confirmação da presença de alguns dos seguintes parâmetros: rash malar, que acomete a face e o nariz (geralmente em forma de borboleta); rash discóide; fotossensibilidade; ulceração oral ou nasofaríngea, normalmente não dolorosa; artrite; serosite; doença renal; doença neurológica (convulsões ou psicoses que ocorrem na ausência de fármacos desencadeantes ou distúrbio metabólico conhecido) e doença hematológica (leucopenia, linfopenia, trombocitopenia ou anemia hemolítica). (37)

A doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal crônica que pode afetar qualquer parte do sistema gastrointestinal, mas com a agravante de envolvimento da pele, sistema músculo-esquelético, ocular e a cavidade oral. Tendo como base o local afetado, esta patologia pode ser classificada em ileíte (afeta apenas o íleo) ou colite (afeta apenas o cólon) ou ileocolite (afeta ambos). As manifestações orais são observadas em 8% a 10% dos pacientes, podendo englobar uma gengivite hiperplásica, edema e fissuras labiais, macroqueilia, ulceração oral linear localizadas no vestíbulo oral e formação de pregas mucosas, queilite angular, estomatite aftosa recorrente, hipossalivação, halitose, pioestomatite *vegetans*, candidíase, odinofagia, disfagia e mucosa pálida. (38)

Face ao exposto podemos afirmar com toda a convicção que são irrefutáveis as responsabilidades do médico dentista no que diz respeito ao estado de saúde sistêmico dos pacientes, desde o diagnóstico precoce e interpretação dos sintomas e sinais manifestos na cavidade oral à monitorização das mesmas. O clínico deverá consciencializar-se de que a Medicina Dentária é parte integrante e indivisível da saúde geral.

Tenho a consciência de que a saúde oral não surge, aos olhos de boa parte dos cidadãos, como algo prioritário nestes tempos de crise económica, contudo, não

podemos aligeirar procedimentos que se podem revelar fatais num tratamento que dispense um diagnóstico eficaz.

Avaliação do risco em Medicina Dentária

A “*American Society of Anaesthesiologists*” (ASA) propôs em 1987 as normas de cuidados anestésicos com o objetivo de normatizar a avaliação. Esta classificação foi adaptada para a avaliação do risco individual de cada paciente previamente a procedimentos cirúrgicos e não-cirúrgicos em Medicina Dentária, independentemente do tipo de anestesia utilizada. Deste modo, é possível evitar/prever complicações pré, intra e pós-operatórias em qualquer um dos seguintes pacientes:

- ASA I: paciente com saúde normal;
- ASA II: paciente com doença sistémica leve ou fator de risco de saúde insignificante;
- ASA III: paciente com doença sistémica grave mas não incapacitante;
- ASA IV: paciente com doença sistémica grave que é uma ameaça constante á vida;
- ASA V: paciente que não sobrevive sem a cirurgia;
- ASA VI: paciente com morte cerebral declarada. (6)

Medicina Dentária e diferentes áreas

A formação em Medicina Dentária engloba diferentes áreas cujo conhecimento acerca de cada uma delas é infundável.

Segundo a “*American Academy of Oral Medicine*”, a Medicina Oral é uma das valências da Medicina Dentária que se preocupa com a saúde oral de pacientes clinicamente complexos, incluindo o diagnóstico e tratamento de condições médicas que acometem a região oral e maxilofacial. (39) É fundamental um exame clínico criterioso com base na inspeção visual e palpação para o estabelecimento de um correto diagnóstico diferencial. (40) Nesta área, o médico dentista, está habilitado a prestar cuidados de saúde oral em pacientes portadores de patologias sistémicas que podem interferir com o decurso normal de um tratamento dentário, tais como doenças cardiovasculares, doenças infecciosas, doenças oncológicas, diabetes, entre outras. Debruça-se sobre o acompanhamento de pacientes com patologias complexas da mucosa oral e glândulas salivares, bem como de pacientes com dor oro-facial e alterações temporomandibulares. (41)

A Odontopediatria é a área da Medicina Dentária que zela pela saúde oral na infância e na adolescência, com o intuito de promover a sua futura saúde oral. O médico odontopediatra está incumbido de orientar e educar a criança e os seus tutores, através de medidas preventivas e terapêuticas. (42) É muito importante a estimulação de uma conduta positiva, de modo a conquistar a confiança e cooperação do paciente, face ao medo e ansiedade das crianças perante o tratamento dentário. (43)

A Periodontologia é a ciência que estuda o periodonto. O periodonto é composto pelos tecidos de recobrimento e suporte do dente: gengiva, ligamento periodontal, cemento e osso alveolar. O periodonto está sujeito a variações morfológicas e funcionais, assim como a mudanças que advêm do fator idade. (44) Segundo a “*American Academy of Periodontology*”, a doença periodontal consiste nos processos patológicos que afetam o periodonto, na maioria das vezes gengivite e periodontite. (45)

A Dentisteria Operatória corresponde a um dos ramos da Medicina Dentária que se destina à aplicação de tratamentos preventivos e restauradores de lesões dentárias causadas por processos cariosos, traumatismos, ou por outro motivo, (46) com a finalidade de assegurar a manutenção e restabelecimento estético, anatómico e funcional

vinculado à integridade e harmonia com os tecidos adjacentes e o sistema estomatognático. A Dentisteria Operatória foi alvo de uma evolução significativa nos últimos 20 anos, com o aparecimento dos sistemas adesivos, detentores de uma capacidade notável de união ao esmalte e dentina, aliada ao emprego da técnica de acondicionamento ácido, implementada pioneiramente por Fusayama. Deste modo, os princípios dos preparos cavitários tornaram-se menos invasivos, maximizando a preservação da estrutura dentária hígida. O médico dentista deve, então, conjugar os conhecimentos da etiologia da doença, selecionar a melhor opção restauradora de acordo com o vasto leque de materiais, de que dispõe, considerando fatores individuais tais como a localização na arcada, o custo, a idade e as exigências estéticas do paciente. (47)

A Prostodontia Removível é a ciência do ramo da Medicina Dentária que visa a reabilitação de pacientes, parcial ou totalmente desdentados, através de substitutos artificiais removíveis, compostos por um ou mais dentes e/ou estruturas associadas. As próteses dentárias podem ser classificadas quanto ao seu suporte como: dentossuportadas; mucossuportadas e implantossuportadas. (48) Os princípios básicos de uma prótese dentária devem incluir parâmetros basilares como a resistência à fratura e ao desgaste, retenção, estabilidade e conforto (49), procurando restituir a componente funcional da mastigação, fonética e estética, capaz de corresponder às expectativas do paciente. (50)

A Prostodontia Fixa envolve a restauração fixa, parcial ou total de um ou mais elementos dentários. Podemos considerar restaurações unitárias “coroas” quando substituimos apenas um dente, ou então “pontes” quando substituimos mais do que uma peça dentária. As coroas e pontes podem ser dento ou implanto-suportadas, considerando a estética, a função e a oclusão. (51)

A Endodontia tem como objetivo a preservação do dente por meio de prevenção, diagnóstico, tratamento conservador da polpa (quando se encontra inflamada ou sem vitalidade) e controlo das suas alterações e dos tecidos peri-radiculares, contribuindo para a manutenção do dente na cavidade oral. A Endodontia é uma vasta área que varia desde procedimentos mais simples como a pulpotomia e pulpetomia à cirurgia endodôntica, incluindo a apicetomia, hemissecção, rizetomia, entre outros. (52)

A Ortodontia deriva dos vocábulos gregos: *orto* (reto) e *odontos* (dente), termo introduzido por Defoulon, em 1841. Angle, pioneiro na introdução do conceito de má-

oclusão, foi um marco na história da ortodontia. Esta área da Medicina Dentária está encarregue de realizar o diagnóstico, prevenção e tratamento que se traduz no propósito de evitar e/ou corrigir defeitos de alinhamento dentário e/ou esqueléticos considerados inestéticos e impeditivos de uma oclusão estável. (53)

A Oclusão define-se como o ramo da Medicina Dentária que avalia a relação intermaxilar e a sua relação com as estruturas anexas que formam o sistema estomatognático. Esta área encarrega-se do diagnóstico, prevenção e tratamento de disfunções temporomandibulares. (54) A Disfunção temporomandibular não é um diagnóstico, mas sim um termo que engloba um grupo heterogéneo de condições de dor músculo-esquelética e psicofisiológica, envolvendo a articulação temporomandibular e estruturas adjacente. (55) Os sintomas e sinais clínicos predominantes incluem: dor orofacial; cefaleias; sensibilidade à palpação; sons da articulação durante os movimentos de abertura e de fecho; limitação e distúrbio dos movimentos mandibulares. A dor na ATM é relativamente comum, afetando, maioritariamente, o género feminino. (56)

A Cirurgia Oral é a especialidade da Medicina Dentária dedicada à prevenção, diagnóstico e tratamento de alterações, lesões e patologias da cavidade oral e estruturas anexas. (57) É uma área que na sua vertente primordial, pode variar de exodontias simples até procedimentos de elevada complexidade, onde se inclui o tratamento e manuseio de infeções dentárias com extensão cervico-facial, tratamento de lesões patológicas (quistos e tumores maxilares), diagnóstico e tratamento de deformidades dentofaciais (congénitas, de desenvolvimento ou adquiridas) e cirurgia pré-protética (reconstrução com enxertos ósseos e colocação de implantes). Para além de um conhecimento alargado e habilidade de técnica, é necessário uma adaptação dos procedimentos cirúrgicos às necessidades individuais de cada paciente. (58)

Objetivos

O Relatório de Atividade Clínica é um elemento representativo da prática clínica realizada pela autora, durante o ano letivo de 2015/2016. Assume-se como a coleta de todos os casos clínicos, estabelecendo uma análise epidemiológica do total de pacientes observados, pelo binómio 6, nas diferentes áreas curriculares do curso de Mestrado Integrado de Medicina Dentária, da Universidade Católica Portuguesa, estabelecendo uma reflexão autocrítica sobre os procedimentos executados em ambiente clínico. Surge assim, a interligação entre a fundamentação teórica e a componente clínico-prática. Eleva-se, então, a possibilidade de reunir uma panóplia de casos clínicos diferenciados, suscitando as várias terapêuticas de que dispomos e a exclusão de outras. Releva-se a oportunidade de melhorar o nível de autoconfiança, autonomia, responsabilidade e espírito crítico. Na nossa instituição, no primeiro contacto que o paciente estabelece com o aluno, é preenchida e atualizada a história clínica (Anexo I), a ficha de risco (Anexo II) e o odontograma (Anexo III), estabelecendo-se um plano de tratamento por prioridades individualizadas, que vão ao encontro da abordagem multidisciplinar, cruzando as diferentes áreas, tais como Medicina Oral, Periodontologia, Dentisteria Operatória, Endodontia, Cirurgia Oral, Ortodontia, Oclusão e as Prostodontias Fixa e Removível. Após o término da elaboração do Relatório de Atividade Clínica pretende-se:

- Estabelecer um correto diagnóstico;
- Elaborar um plano de tratamento adequado;
- Tomar conhecimento da medicação atual do paciente e prever possíveis interações medicamentosas;
- Interpretar e correlacionar as patologias sistémicas e orais;
- Alcançar uma relação de confiança médico/paciente, conduzindo à concretização de um plano de tratamento, o mais benéfico possível, adaptando-o às expetativas do paciente.

Materiais e métodos

Este relatório espelha o trabalho de atividade clínica desenvolvida pelo binómio 6, na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, no intervalo de tempo compreendido entre 15 de setembro de 2015 até 13 de maio de 2016.

Estes dados foram recolhidos a partir do sistema de gestão clínica informatizado da Clínica Dentária Universitária UCP. A história clínica, ficha inicial, histórico dos pacientes, periograma e odontograma foram obtidos a partir do programa informático *Newssoft*® 2.0 (2014), sendo que todos os meios auxiliares de diagnóstico como as respetivas radiografias foram recolhidos com recurso ao *Dimaxis*® 3.2.5 (2004). Foi criada uma base de dados no programa *Microsoft*® Excel.

Os pacientes foram catalogados quanto ao seu género, faixa etária, patologias sistémicas associadas, medicação atual, hábitos de higiene oral e tabágicos, nas diversas áreas disciplinares.

Os dados serão dissertados com o intuito de fornecer um olhar clínico e epidemiológico dos pacientes e da população observada, procurando caracterizar a amostra populacional, servida pela Clínica Dentária Universitária UCP, nas suas diversas vertentes.

Todos os atos clínicos são, ainda, caracterizados por unidade curricular. Para cada área são quantificados os atos executados pelo binómio, sendo enumeradas as funções de operador e assistente discriminando o tratamento aplicado.

Resultados

Caracterização geral da amostra

Durante o período supracitado, foram recolhidos os dados alusivos aos pacientes atendidos pelo binómio 6, na Clínica Dentária Universitária UCP. Foi contabilizado um total de 63 pacientes com idades compreendidas entre os 5 e os 77 anos.

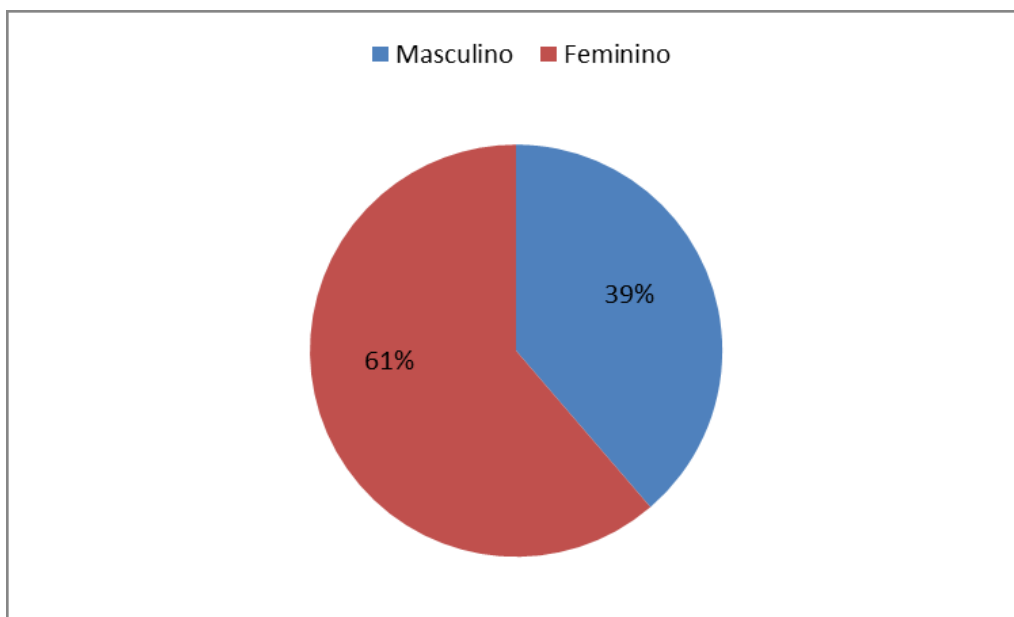


Gráfico 1 - Percentagem de Pacientes por género

O gráfico 1 ilustra graficamente as percentagens relativas ao género dos pacientes observados pelo binómio 6, perfazendo um total de 61% de pacientes do género feminino e 39% do género masculino. Conclui-se que a maioria incide sobre o género feminino.

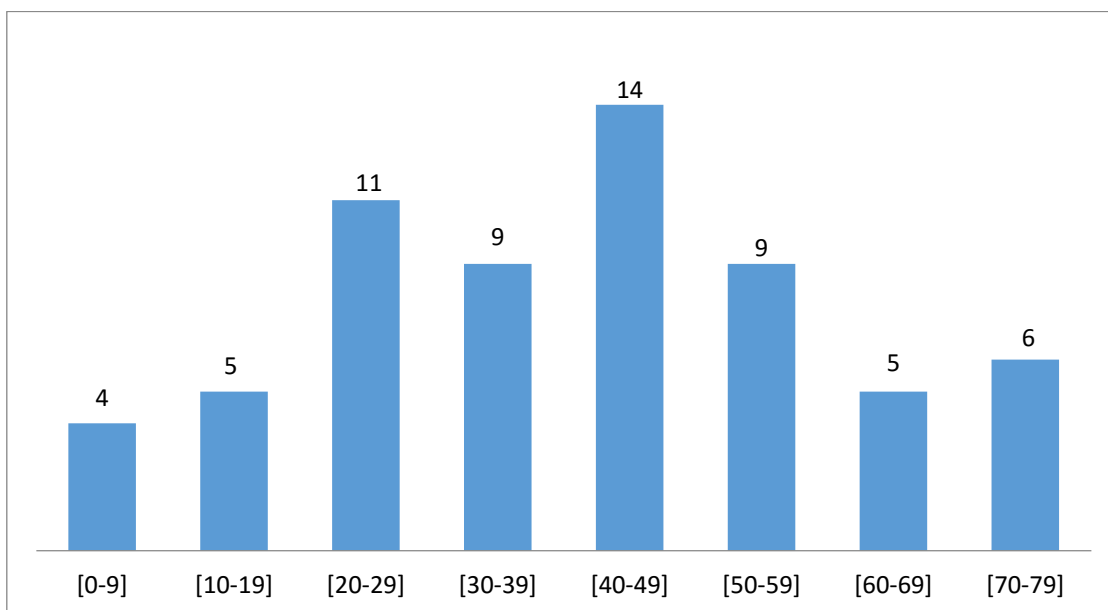


Gráfico 2 - Distribuição de pacientes por faixa etária

O Gráfico 2 descreve através de um histograma, a distribuição por idades da população observada pelo binómio 6. No que concerne à idade denota-se que a faixa etária que regista um maior número de pacientes é a compreendida entre os 40 e os 49 anos de idade. As faixas etárias menos prevalentes são entre [0-9], [10-19] e [60-69].

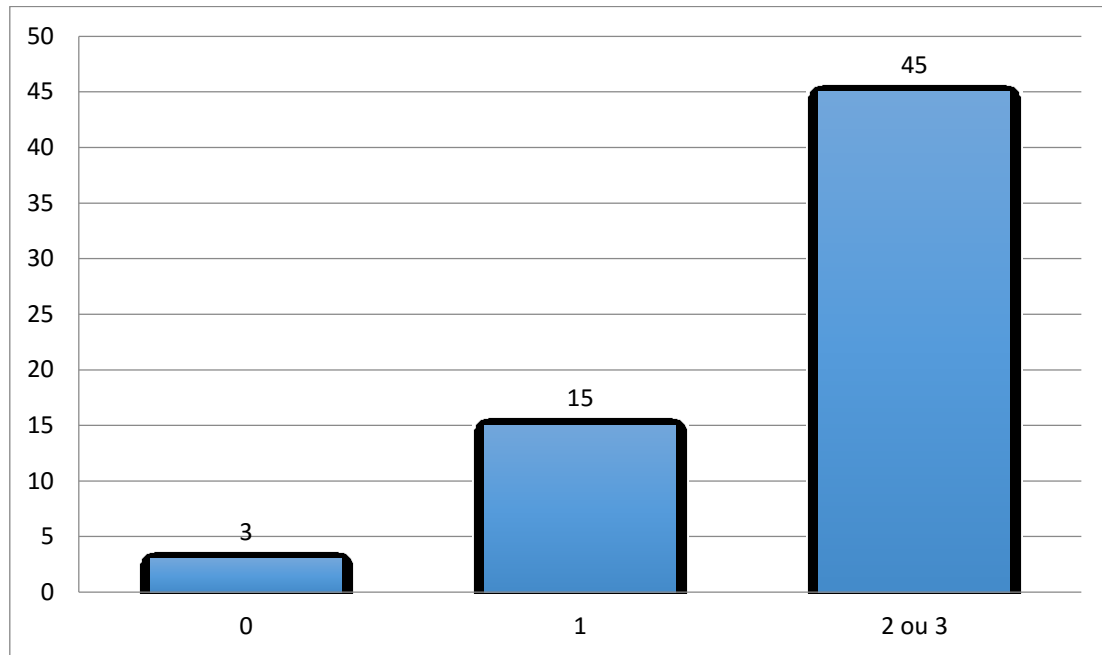


Gráfico 3 - Frequência de escovagem da população observada

O gráfico 3 diz respeito à frequência diária com que os pacientes afirmam realizar a higiene oral. Infere-se que 45 pacientes referem fazer a escovagem dentária duas a três vezes por dia, 15 pacientes referem escovar os dentes apenas uma vez por dia e somente 3 pacientes admitem não escovar habitualmente. Constata-se uma clara predominância de pacientes que mencionam escovar os dentes duas ou três vezes por dia.

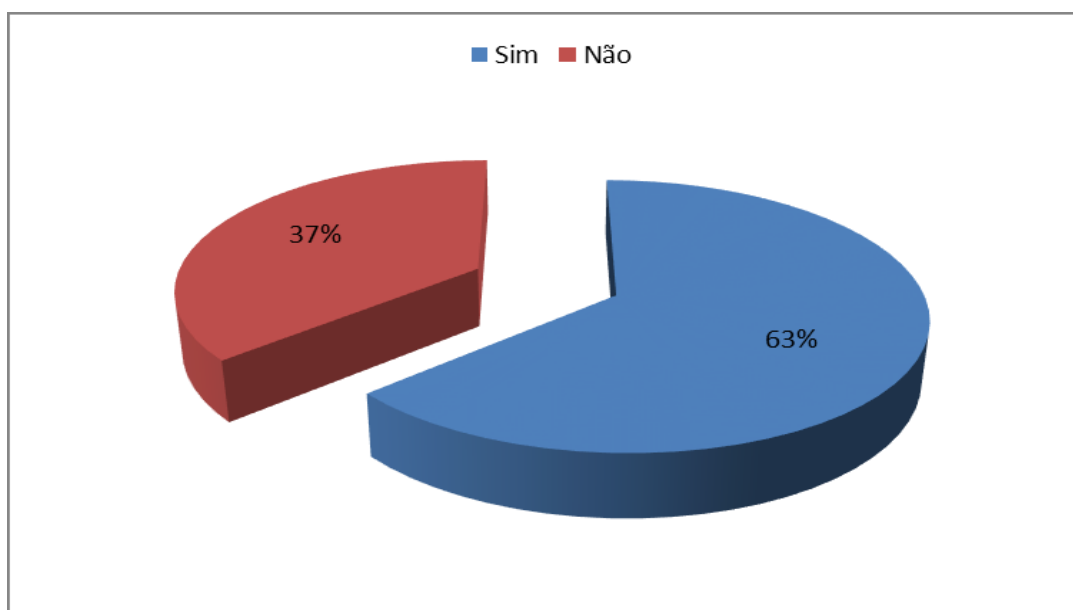


Gráfico 4 - Percentagem de pacientes que utiliza fio dentário

O gráfico 4 faz referência aos hábitos de uso do fio dentário por parte dos pacientes observados pelo binómio 6, sendo que 63% refere não utilizar o fio dentário.

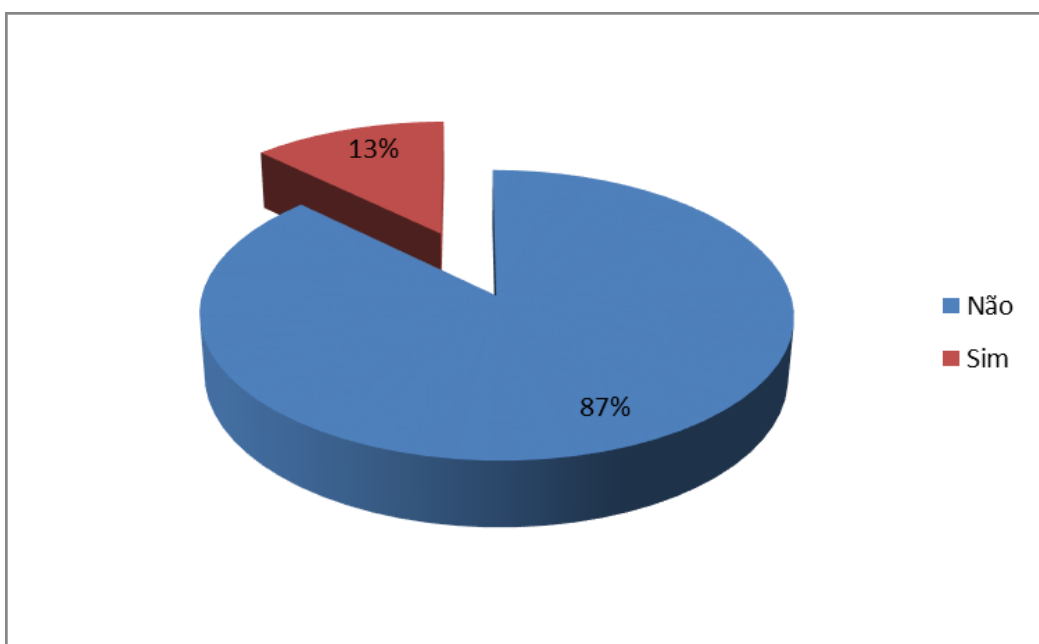


Gráfico 5 - Percentagem de pacientes com Patologia Diabética

O gráfico 5 providencia-nos uma representação gráfica dos pacientes atendidos pelo binómio 6 que padecem de patologia diabética, observando-se que 13% dos pacientes são diabéticos.

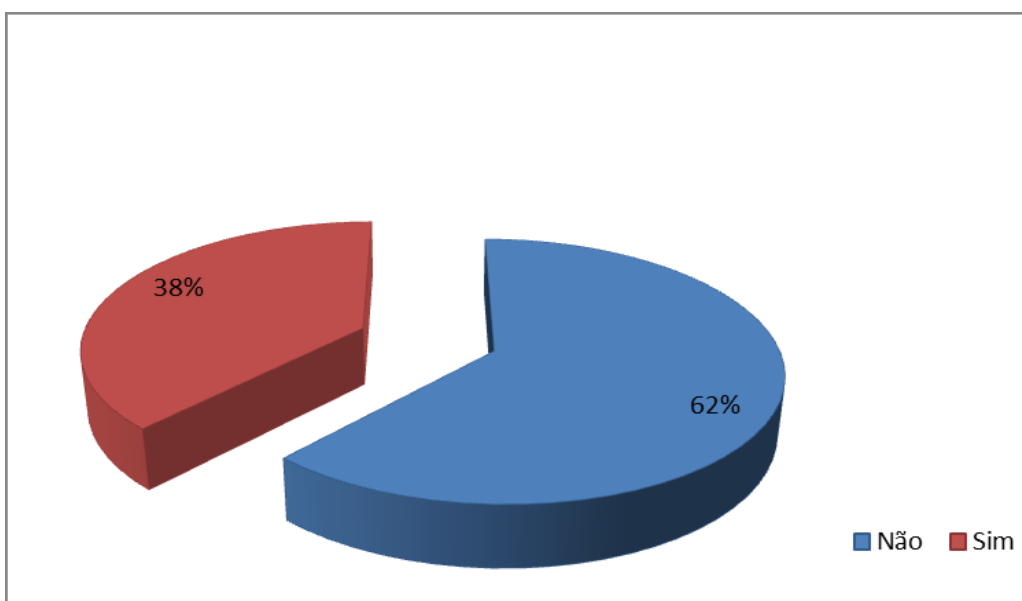


Gráfico 6 - Percentagem de pacientes com Hipertensão Arterial

O Gráfico 6 representa graficamente os pacientes atendidos pelo binómio 6 com Hipertensão Arterial. Os pacientes hipertensos (38%) referem controlar a tensão arterial com medicação anti-hipertensora.

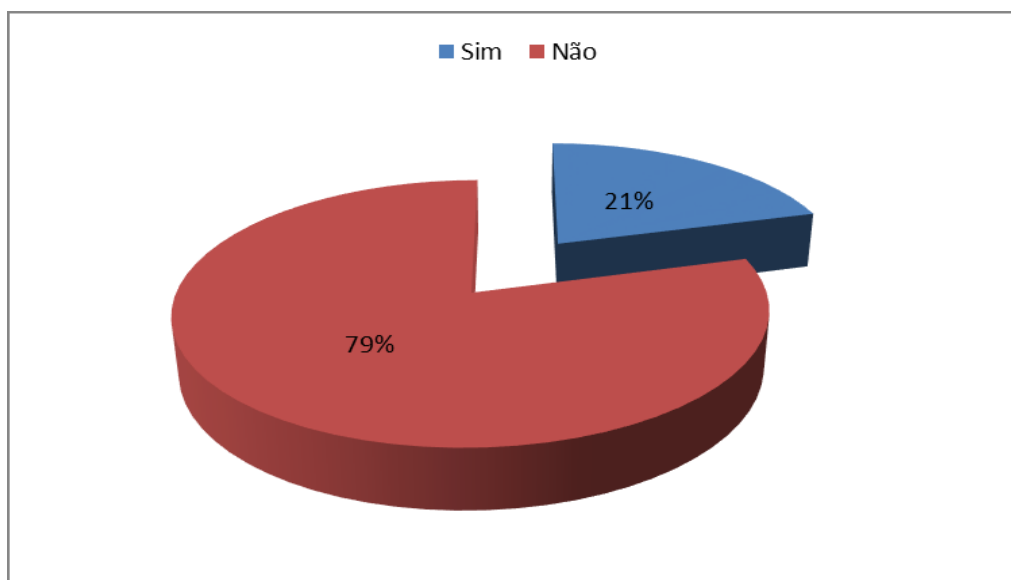


Gráfico 7 - Percentagem de pacientes em risco de Doença Cardiovascular Aterosclerótica

O gráfico 7 indica-nos que 21% dos pacientes correm o risco de sofrerem eventos decorrentes de Doença Cardiovascular Aterosclerótica. Foi considerado o facto de reportarem hipercolesterolemia e dislipidemias nas últimas análises realizadas. Fatores de risco como a falta de exercício físico e sedentarismo não foram incluídos.

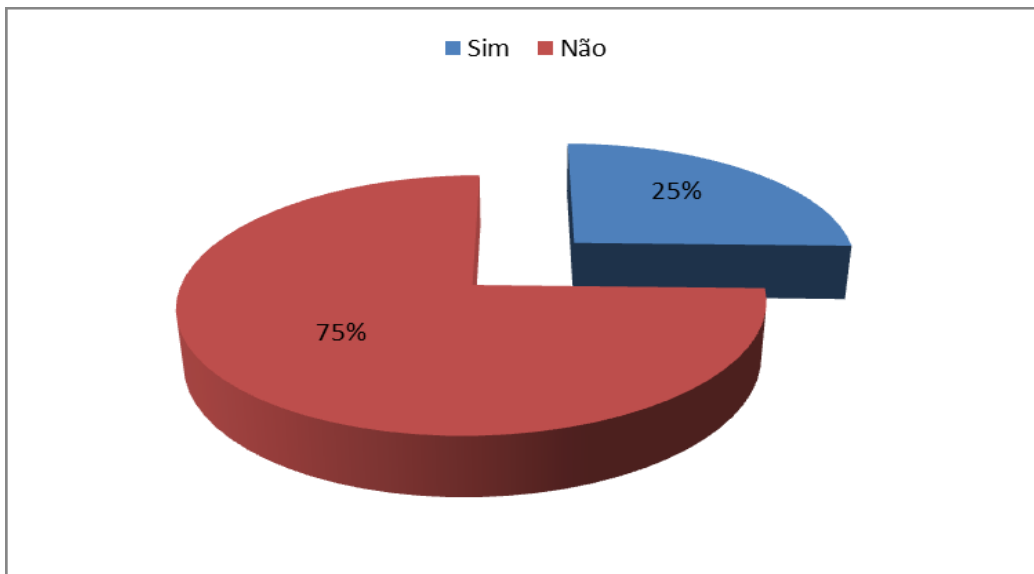


Gráfico 8 - Percentagem de pacientes com Hábitos Tabágicos

O gráfico 8 elucida-nos quanto à percentagem de pacientes com hábitos tabágicos. Estima-se que 25% dos pacientes são fumadores ativos.

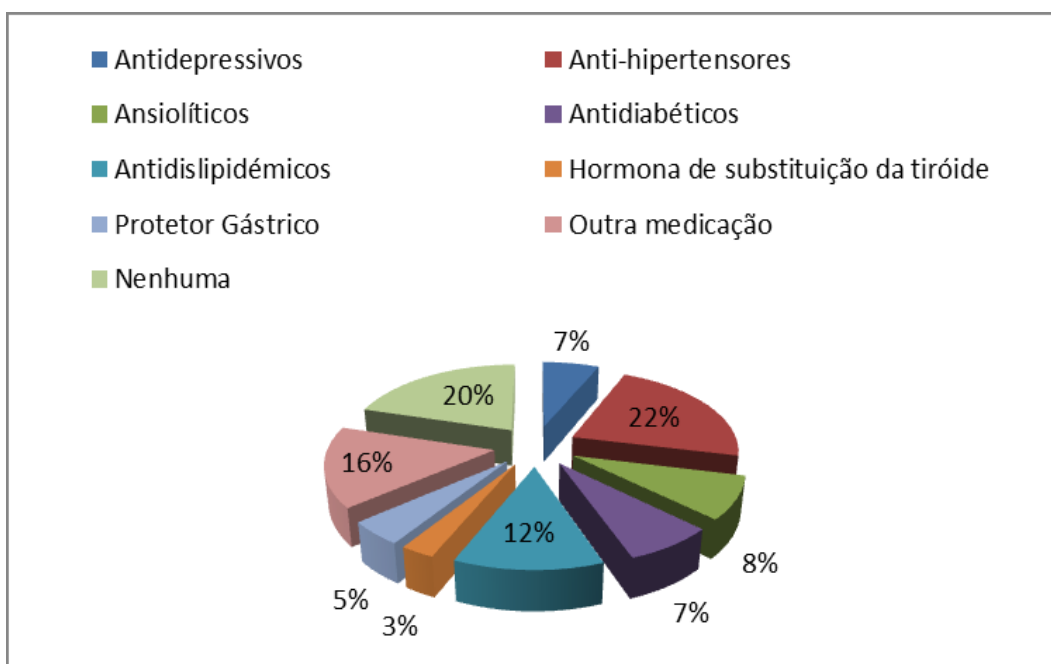


Gráfico 9 - Percentagem de Regimes Terapêuticos em pacientes da amostra global

O gráfico 9 diz respeito à medicação tomada pela amostra populacional observada pelo binómio 6. Denota-se que os anti-hipertensores e antidislipídicos são os grupos farmacológicos de maior ordem.

Atividade desenvolvida em cada unidade curricular

O binómio 6 reuniu um total de 136 atos. Como operadora foram registados 72 atos e como assistentes 64 atos clínicos. A área disciplinar com maior incidência de pacientes foi a Prótese Removível, com registo de 30 atos clínicos, seguindo-se a Dentisteria Operatória com 21 atos clínicos. Oclusão e Odontopediatria foram as áreas disciplinares que registaram menos atos clínicos. Em Ortodontia, não foi contabilizado qualquer ato clínico.

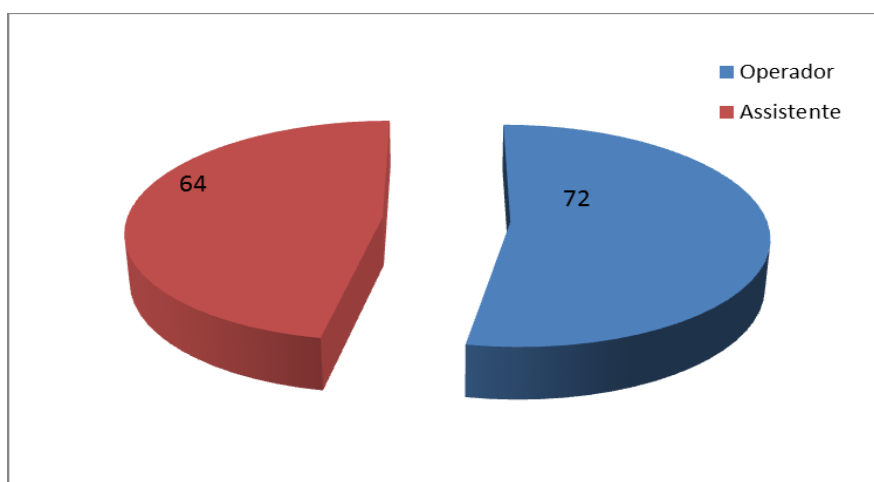


Gráfico 10 - Distribuição de atos como Operadora e Assistente

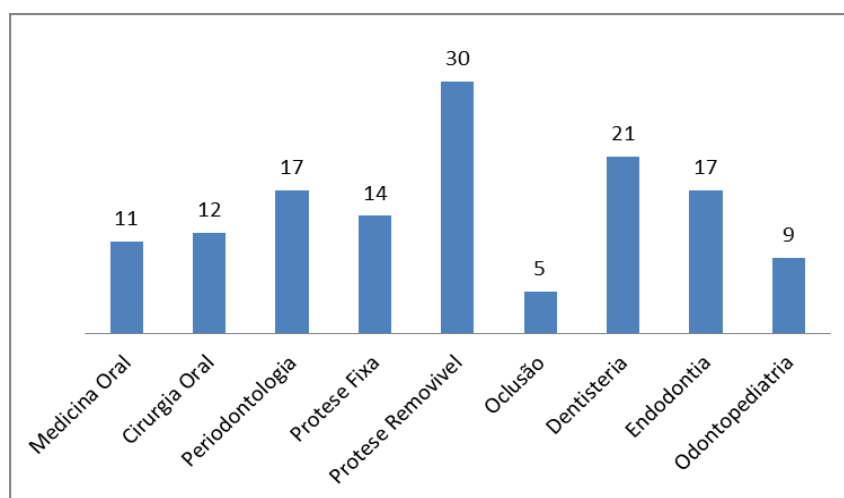


Gráfico 11 - Distribuição de atos realizados pelo binómio por Área Disciplinar

Em Medicina Oral é solicitado ao aluno o preenchimento da história clínica, ficha de risco e odontograma sem preterir o exame intra e extra-oral e exames complementares de diagnóstico. É estabelecido um plano de tratamento com o intuito de direcionar o paciente para as diferentes áreas disciplinares. Foram realizados 11 atos, 6 foram como operadora e 5 como assistente.

Tabela 1 - Distribuição de atos clínicos como operadora e assistente no âmbito de Medicina oral

Função	Nº de Atos Clínicos
Operador	6
Assistente	5

Em Cirurgia Oral o aluno deverá adquirir destreza na execução de cirurgias dento-alveolares, sem excluir as possíveis complicações intra e pós-cirúrgicas. Foram contabilizados um total de 12 atos, sendo que 6 foram como assistente e 6 como operadora. Como operadora foram executadas 2 exodontias múltiplas, 3 exodontias simples e 1 exodontias com odontosecção. O binómio planeou e assistiu o professor Bruno Leitão na execução de um ato diferenciado, que envolveu a execução de um retalho de avanço vestibular.

Tabela 2 - Distribuição de atos clínicos como operadora e assistente no âmbito de Cirurgia Oral

Função	Nº de Atos Clínicos
Operador	6
Assistente	6

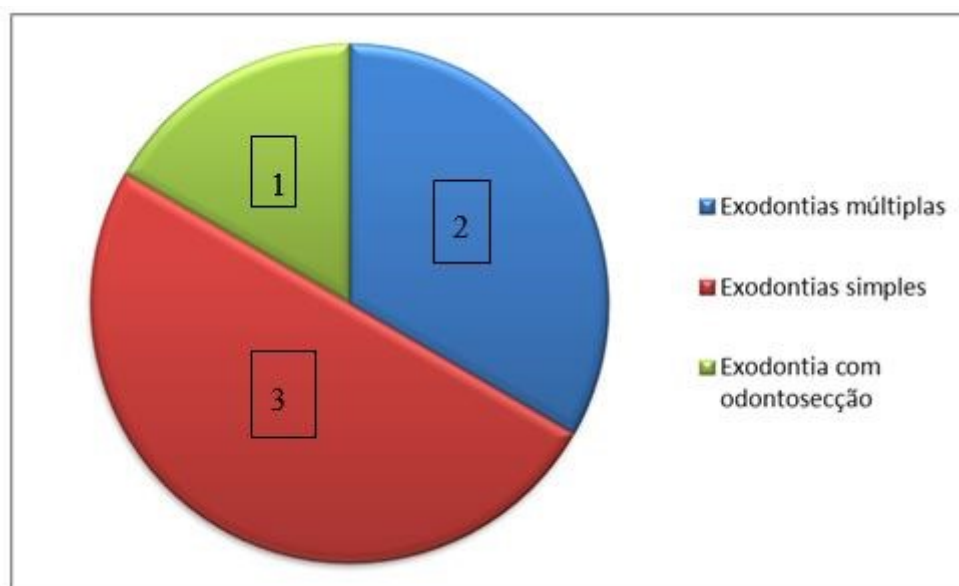


Gráfico 12 - Distribuição de consultas por atos clínicos como operadora no âmbito da Cirurgia Oral

Em Periodontologia o aluno deve iniciar o tratamento por uma revisão da história clínica, seguindo-se o preenchimento do periograma, cálculo do IP e BOP, preenchimento do PSR e, se necessário, realizar o status radiográfico. Com a reunião dos citados dados clínicos, espera-se a consumação do diagnóstico periodontal. Relativamente ao plano de tratamento, por norma, os pacientes são submetidos a uma fase higiénica (destartarização e polimento), sendo que, havendo necessidade, é realizada, na mesma ou numa consulta futura, a raspagem e alisamento radicular (RAR). No fim de cada consulta, são reforçadas as instruções de higiene oral.

No total foram efetuados 17 atos, 10 como operadora e 7 como assistente. Como operadora, foram observados 3 casos de Periodontite Crónica Leve generalizada (PCLg), 1 caso de Gengivite Induzida por Placa, 3 casos de Periodontite Crónica Avançada generalizada (PCAg) e 3 casos Periodontite Crónica Moderada generalizada (PCMg). O binómio planeou e assistiu o professor Tiago Marques na execução de um caso de gengivectomia. Em 8 consultas realizou-se destartarização, numa tratamento combinado de destartarização e RAR e noutra, única e exclusivamente, RAR.

Tabela 3 - Distribuição de atos clínicos como operadora em Periodontologia

Tratamento realizado	Nº de atos clínicos
Destartarização	8
Destartarização+RAR	1
RAR	1

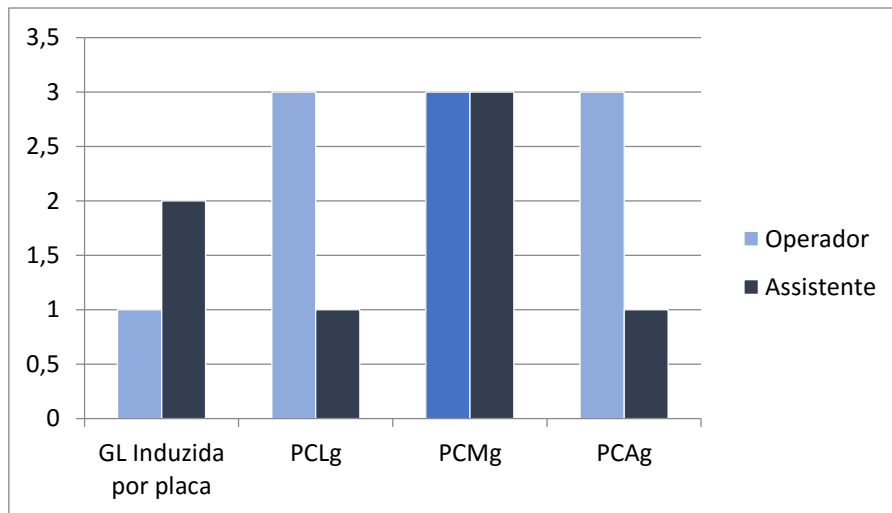


Gráfico 13 - Distribuição de consultas por atos clínicos realizados pelo binómio no âmbito da Periodontologia

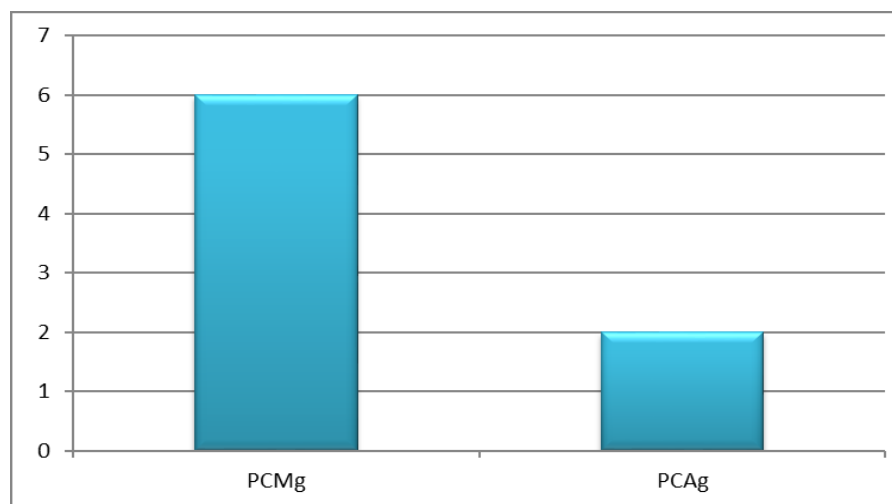


Gráfico 14 - Frequência de pacientes diabéticos com doença periodontal

Em Prótese Fixa foi reunido um total de 14 atos, 7 como operadora e 7 como assistente. O binómio concretizou uma reabilitação de um dente extensamente destruído, com um espigão e falso coto fundido e coroa metalocerâmica que será, posteriormente, descrita na secção dos casos clínicos diferenciados. Foram realizadas 2 consultas de avaliação em Prótese Fixa, 1 consulta de retratamento endodôntico, 1 consulta para a realização do padrão em DuraLay®, 2 consultas de preparo e confecção do provisório dentário, 1 consulta para a realização das impressões definitivas, 2 consultas de prova de infra-estrutura e escolha de cor, 1 consulta para a cimentação definitiva e 4 consultas de controlo. Enquanto operadora realizei uma avaliação inicial, uma consulta para a confecção do padrão em DuraLay®, uma consulta para a realização de impressões definitivas, uma prova de infra-estrutura, uma consulta para a cimentação definitiva e 2 consultas de controlo. Enquanto assistente realizei uma avaliação inicial, uma consulta para a confecção do padrão em DuraLay®, uma consulta para a realização de impressões definitivas, uma prova de infra-estrutura, uma consulta para a cimentação definitiva e 2 consultas de controlo.

Tabela 4 - Distribuição de atos clínicos como operadora e assistente no âmbito de Prótese Fixa

Função	Nº de Atos Clínicos
Operador	7
Assistente	7

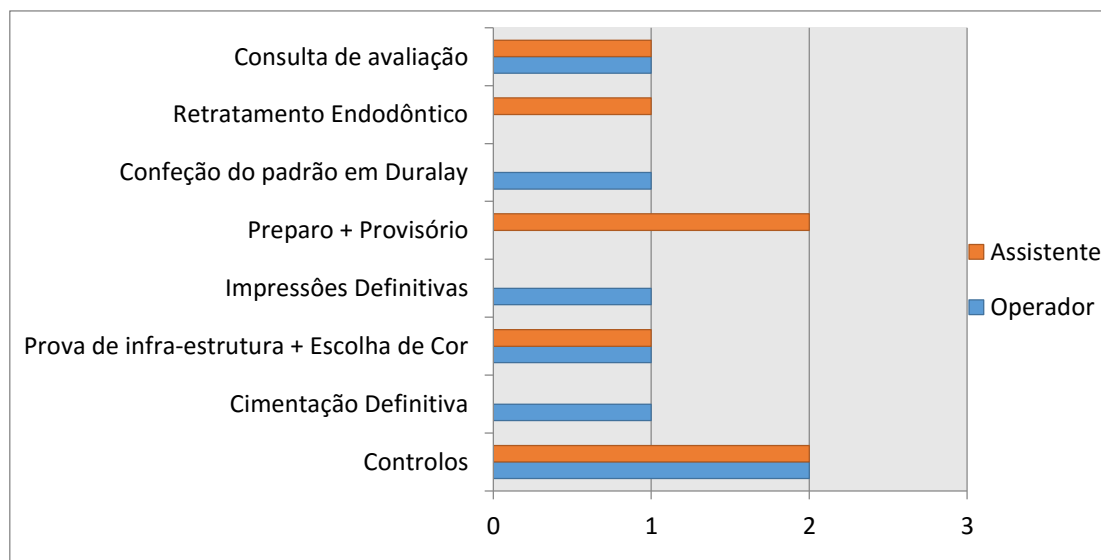


Gráfico 15 - Distribuição de consultas por atos clínicos realizados pelo binómio no âmbito de Prótese Fixa

Em Prótese Removível foi contabilizado um total de 30 atos clínicos, 16 como operadora e 14 como assistente. O binómio concebeu uma reabilitação com prótese parcial removível esquelética, uma reabilitação com prótese total superior e inferior e, em fase de conclusão, uma reabilitação com prótese parcial removível esquelética inferior e uma reabilitação com prótese superior total conjuntamente com uma prótese parcial inferior acrílica. Deste modo, como operadora, realizei 2 consultas para a confeção da prótese parcial removível esquelética, 2 para a confeção da prótese total, 1 para a confeção da prótese total superior associada à prótese parcial removível acrílica inferior, 1 para a confeção da prótese parcial esquelética inferior, 2 consultas de rebasamento, 5 consultas de avaliação e 3 consultas de controlo. Assisti a 4 consultas para a confeção da prótese parcial removível esquelética, 1 para a confeção da prótese total, 2 para a confeção da prótese total superior associada à prótese parcial removível acrílica inferior, 1 para a confeção da prótese parcial esquelética inferior, 3 consultas de rebasamentos, 2 consultas de avaliação e 1 consulta de controlo, à data do relatório.

Tabela 5 - Distribuição de atos clínicos como operadora e assistente no âmbito de Prótese Removível

Função	Nº de Atos Clínicos
Operador	16
Assistente	14

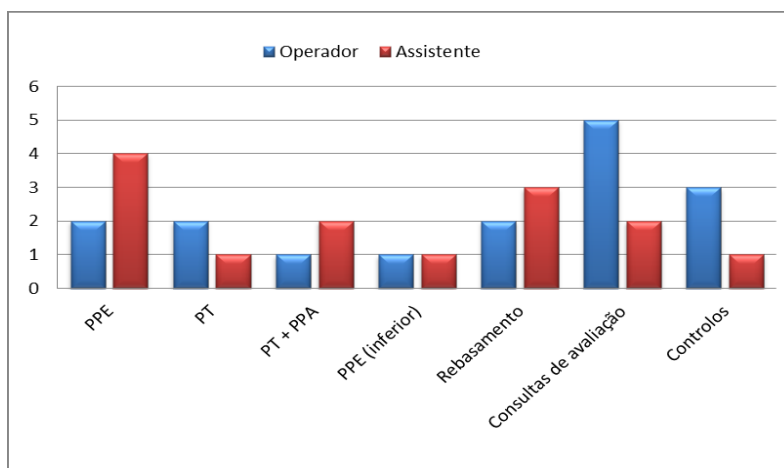


Gráfico 16 - Distribuição de consultas por atos clínicos realizados pelo binómio em Prótese Removível

Em Oclusão o aluno é incitado a avaliar a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas adjacentes estabelecendo um correto diagnóstico de possíveis patologias associadas. Deste modo, é requerido o preenchimento do questionário RDC-TMD, seguindo-se a confeção dos modelos de estudo para posterior montagem em articulador, culminando com o delineamento de um plano de tratamento que vá ao encontro das necessidades do paciente.

No total, o binómio completou 5 atos clínicos, 3 como operadora e 2 como assistente. Como operadora efetuei uma consulta para diagnóstico de uma disfunção temporomandibular e 2 consultas de registo intermaxilar de pacientes encaminhados da unidade curricular de Prótese Removível.

Tabela 6 - Distribuição de atos clínicos como operadora e assistente no âmbito de Oclusão

Função	Nº de Atos Clínicos
Operador	3
Assistente	2

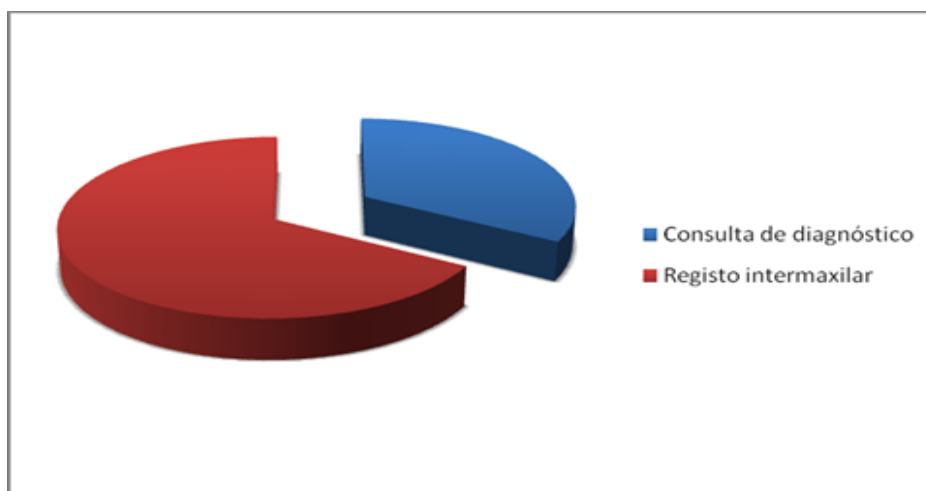


Gráfico 17 - Distribuição de consultas por atos clínicos como operadora em Oclusão

Em Dentisteria o aluno é orientado no sentido de consolidar e ampliar o espectro de possibilidades terapêuticas efetivas no tratamento e/ou prevenção de lesões de cárie, traumatismos e otimização da estética/função. O binómio reuniu um total de 21 atos, 10 como operadora e 11 como assistente. Enquanto operadora procedi à restauração de 3 classes II a IRM, 1 classe I, 2 classes II e 1 classe IV a compósito, 2 restaurações de dentes extensamente destruídos a amálgama, bem como 1 classe V a ionómero de vidro.

Tabela 7 - Distribuição de atos clínicos como operadora e assistente no âmbito de Dentisteria

Função	Nº de Atos Clínicos
Operador	10
Assistente	11

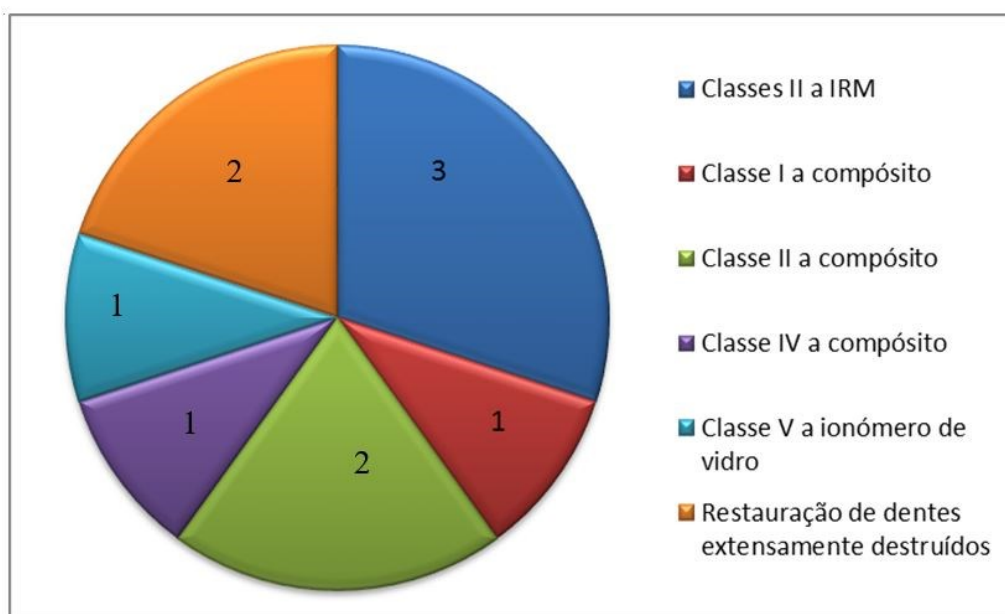


Gráfico 18 - Distribuição de consultas por atos clínicos como operadora em Dentisteria Operatória

Na Endodontia é expetável que o aluno aprofunde continuamente os conhecimentos basilares, previamente adquiridos, tanto em ambiente pré-clínico como no âmbito da prática clínica. Espera-se que o aluno adquira destreza satisfatória para efetivar todos os procedimentos inerentes ao tratamento endodôntico: cavidade de acesso; identificação e cateterismo canalar; biomecânica canalar e obturação do sistema canalar.

O binómio fez um total de 17 consultas, em 9 nas funções de operadora e em 8 no papel de assistente. Relativamente aos atos clínicos, realizei o retratamento endodôntico de um dente monocanal em 2 consultas e um tratamento endodôntico radical num dente pluricanal com 3 canais em 3 consultas. Atendi, ainda, 3 urgências sendo que os respetivos pacientes foram reencaminhadas para Dentisteria Operatória e 1 controlo de um tratamento endodôntico. O binómio assistiu, também, o Professor Miguel Cardoso, docente da citada unidade clínica, no tratamento de uma reabsorção interna com MTA.

Tabela 8 - Distribuição de atos clínicos como operadora e assistente no âmbito de Endodontia

Função	Nº de Atos Clínicos
Operador	9
Assistente	8

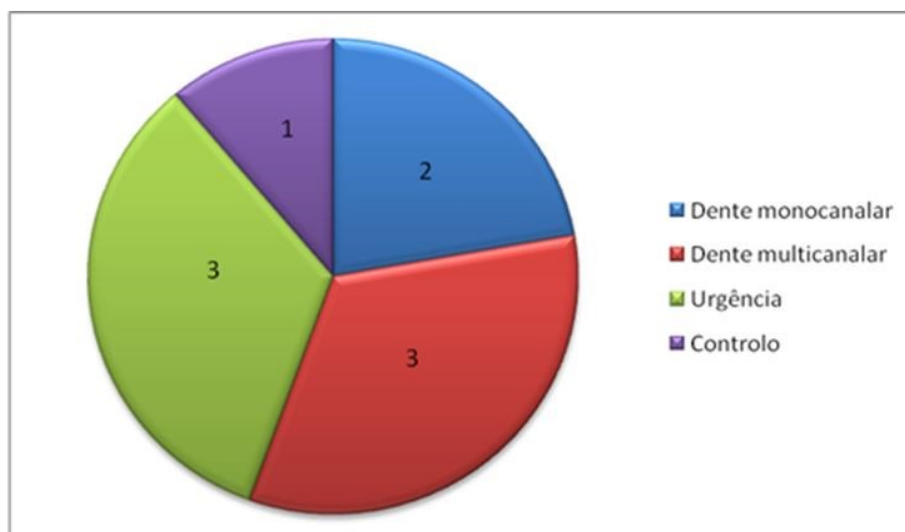


Gráfico 19 - Distribuição de consultas por atos clínicos realizados como operadora em Endodontia

Em Odontopediatria foram realizados 9 atos clínicos, 5 como operadora e 4 como assistente. Deste modo, restaurei uma classe I e uma classe II com compósito num dente permanente e efetuei 1 consulta para a colocação de uma placa de Hawley para a reabilitação de três espaços edêntulos resultantes de um episódio de avulsão, observei, ainda, um caso de hipoplasia dentária e um caso de “*Dens Evaginatus*”.

Tabela 9 - Distribuição de atos clínicos como operadora e assistente no âmbito de Odontopediatria

Função	Nº de Atos Clínicos
Operador	5
Assistente	4

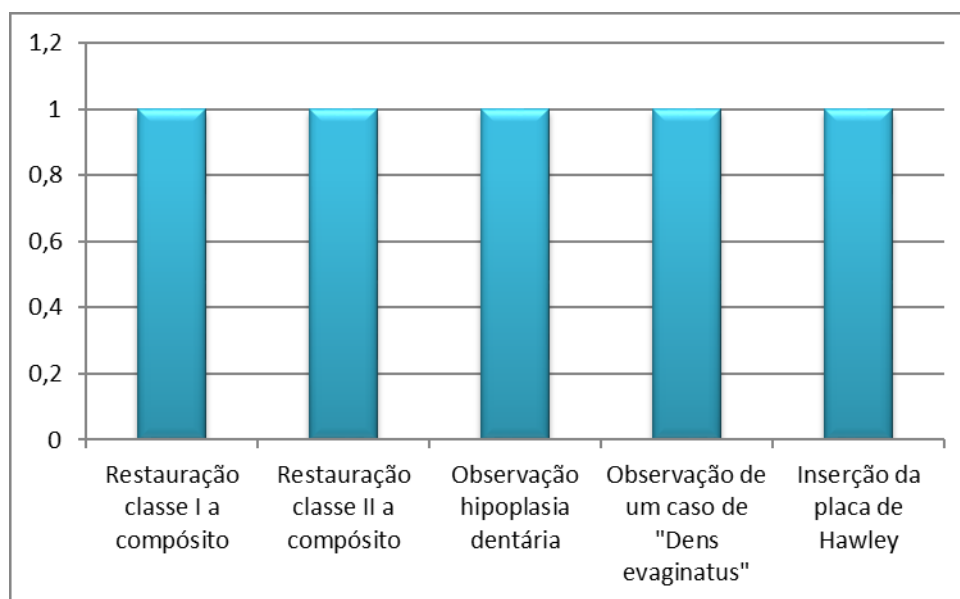


Gráfico 20 - Distribuição de consultas por atos clínicos como operadora em Odontopediatria

Como já foi referido, em Ortodontia, e no âmbito da Clínica Universitária, é primordial estabelecer um correto diagnóstico, impondo-se um plano de tratamento que pode ser de etiologia preventiva, intercetiva ou corretiva, com recurso a aparelhos removíveis. Em ortodontia o binómio não contabilizou nenhum ato clínico.

Casos Clínicos Diferenciados

Caso clínico 1 – Reabilitação de um dente extensamente destruído com espigão e falso coto e coroa metalocerâmica

Enquadramento teórico

As coroas metalocerâmicas são uma das restaurações fixas mais requisitadas nos dias de hoje. A restauração metalocerâmica combina a resistência do metal fundido com a estética que a cerâmica oferece. Quando nos deparamos com um quadro clínico em que a demanda estética é imperiosa, as coroas totais em cerâmica são a alternativa terapêutica mais adequada, apesar de não conferirem a durabilidade e resistência das coroas totais metalocerâmicas. A sua confecção exige uma redução do preparo preciso e meticuloso. Estão indicadas em caso de dentes endodunciados e dentes extensamente destruídos. (59)

A restauração de dentes extensamente destruídos é um procedimento de extrema importância na prática clínica. É imprescindível que o profissional de saúde seja detentor de um conhecimento aprofundado das várias possibilidades de abordagem terapêutica, de modo a garantir e consolidar o sucesso clínico a longo prazo. Um dente extensamente destruído é aquele que perdeu estrutura dentária considerável, em consequência de um processo carioso, traumático, ou até mesmo devido ao próprio tratamento endodôntico. Nestes casos a probabilidade de fratura durante a função encontra-se inquestionavelmente aumentada. (60-62) A perda de estrutura dentária torna a restauração fixa mais suscetível a falha, havendo então uma necessidade impreterível de avaliar, com minuciosidade, os dentes submetidos a tratamento endodôntico antes da possibilidade de reabilitação fixa. Deverá, então, verificar-se um bom selamento apical, ausência de sensibilidade à percussão vertical e horizontal, ausência de exsudado purulento e de sinais de inflamação. (59)

Na abordagem de dentes extensamente destruídos, podem ser utilizados espigões pré-fabricados que apresentam baixo custo, são de fácil manipulação, requerem um “tempo de cadeira” diminuto e apresentam resultados bastante satisfatórios. (63)

A retenção e resistência à fratura são dois fatores de extrema importância na abordagem dos mesmos. (63) Na utilização de espigão e falso coto é necessário um mínimo de 2mm de anel de reforço a fim de assegurarmos a eficácia destes dois parâmetros. Contudo, a altura ideal do anel de reforço será de 3mm. (61) Quanto maior a dimensão do anel de reforço, maior a resistência à fratura em dentes tratados endodonticamente. (64)

Segundo Morgano e Bartlett o espigão e falso coto deverá ser biocompatível, ter um coeficiente de expansão térmica e de contração similar ao do dente, ter estabilidade dimensional, ser inerte relativamente aos fluidos orais, estabelecer uma boa interface com o remanescente dentário e resistir às forças de tensão e compressão. (65, 66)

Holmes *et al.* concluiu que os dentes endodunciados restaurados com espigão e falso coto sofrem uma maior força de compressão, principalmente em lingual/palatino e forças de tensão na vertente vestibular. Paralelamente, as forças de cisalhamento aumentam à medida que o comprimento do espigão diminui. (67)

Segundo um estudo de Leary *et al.*, o comprimento do espigão deverá ser, no mínimo, o correspondente a $\frac{3}{4}$ do comprimento do canal. Deve ter-se em conta que quanto maior o comprimento do espigão, maior a sua retenção. (63) Na preparação de um canal radicular para a colocação de um espigão, com brocas Peeso Reamers e Gates Glidden (59), a principal barreira contra a reinfeção da região periapical é o material de obturação endodôntico. (61) Mattison *et al.* concluíram que devem ser preservados pelo menos 5 mm de guta-percha para manter o devido selamento apical. (68) Contudo, há estudos que defendem que podem ser mantidos entre 3 a 5 mm apicais de guta-percha, para o efeito. (59, 60, 63, 68)

A utilização dos espigões pré-fabricados é uma opção de tratamento viável, em dentes submetidos a tratamento endodôntico, que aumenta a ancoragem e fortalece a restauração contra as forças de cisalhamento. (60)

Descrição do caso clínico

Paciente do género feminino, 47 anos de idade que alega não tomar qualquer medicação. Não apresenta historial de alergias ou de outras doenças sistémicas, nem possui hábitos alcoólicos ou tabágicos – ASA I. Segundo a última avaliação de pré-reabilitação, foi-lhe diagnosticada Periodontite Crónica Leve Localizada (PCLI), com BOP de 2,46% e IP de 67.59%. A Classificação do edentulismo parcial é classe I.

Apareceu na consulta de Prótese Fixa para reabilitar o 15 que se encontrava extensamente destruído. Pretende-se a realização de uma coroa metalocerâmica.

No exame clínico e radiográfico, verificámos que o dente apresentava um tratamento endodôntico realizado há mais de 10 anos. Constatámos que o dente não apresentava sintomatologia dolorosa perante o teste de percussão horizontal e vertical e, radiograficamente, não detetámos sinal algum de lesão periodontal/periapical nem espessamento do ligamento periodontal. Contudo, ao confirmarmos a qualidade da endodontia, aferimos que o canal radicular estava sub-obturado (sensivelmente a 2 mm aquém do limite apical). Por este motivo, optámos por realizar o retratamento endodôntico.

O dente apresentava uma restauração ocluso-mesial, íntegra, a compósito, com envolvimento de 50% das cúspides palatina e vestibular.

Quanto à altura das paredes axiais do remanescente dentário é de referir que apresentava uma altura de anel de reforço igual ou superior a 2mm com 3.5mm em vestibular, 6mm em palatino, 5mm em distal e 2mm em mesial. A largura das paredes do remanescente dentário era de 1.6 mm (acima do limite mínimo recomendado de 1mm de dentina) em mesial, 2mm em distal, 1.6 mm em vestibular e 2.9mm em palatino. Quanto à Classificação dos Extensamente Destruídos, o dente 15 apresentava uma classe II, pois a espessura em mesial era de 1.6mm e distal era de 2mm.

Apesar destas medidas não serem as ideais, foi possível conceber o tipo de redução e reabilitação pretendida.

Procedimento clínico

1ª consulta

- Reunião da história clínica;
- Avaliação do estado pulpar do 15;
- Radiografia periapical para avaliação radicular e periapical;
- Remoção da restauração a compósito, visando deixar, unicamente, o remanescente dentário são (esmalte e dentina hígidos);
- Impressão em alginato (Orthoprint®) da arcada superior e inferior;
- Restauração provisória a IRM;
- Fotografias intra e extra-orais.

2ª consulta

- Retratamento do referido dente, objetivando um selamento apical ideal de 5mm, uma vez que o tratamento endodôntico prévio se encontrava, sensivelmente, a 2 mm aquém do limite apical;
- Instrumentação do canal à odontometria de trabalho determinada;
- Obturação final.

3ª consulta

- Remoção da restauração provisória;
- Remoção de gutta necessária até deixar 5mm de gutta-percha para otimização do selamento apical, com uma sequência de brocas adequadas (primariamente, brocas tipo Gates e posteriormente brocas Peeso);
- Utilização de um espigão calcinável e impressão do canal previamente preparado com uma resina padrão do tipo DuraLay®, vaselinando o canal.
- Após a impressão correta do canal radicular, completou-se com DuraLay® a porção coronária do espigão (coto). Confirmação da consistência/ dureza do material, após 5 minutos, com uma sonda exploratória;
- Realização do preparo dentário, o mais conservador possível, terminando sempre em estrutura dentária, de forma a garantir o planejado anel de dentina

com altura e espessura adequada. Conceção de um preparo mínimo de 0.6mm em vestibular e 0.3 mm em palatino. O desgaste oclusal efetivou-se de acordo com o dente antagonista. O padrão em DuraLay® foi reduzido de forma a assimilar-se à forma anatómica de um pré-molar;

- Utilização da chave para confecção do provisório com silicone de adição de consistência pesada (Putty);
- Colocação do espigão metálico(provisório) no interior do canal radicular;
- Colocação de acrílico (BosWorth® TRIM) na parte radicular do espigão metálico e na chave, seguindo-se a realização do provisório;
- Cimentação da coroa provisória, com cimento provisório Temp-Bond® Kerr (óxido de zinco sem eugenol);
- Avaliação da oclusão com folha de Miller e papel articular;
- Polimento do provisório e nova avaliação da oclusão;
- Envio do padrão em DuraLay® para o laboratório e pedido do falso coto fundido.

4ª Consulta

- Remoção do provisório;
- Prova do falso coto fundido, verificou-se uma boa adaptação marginal;
- Efetuaram-se retenções no falso coto fundido (zona radicular) com turbina e broca cilíndrica;
- Descontaminação do remanescente dentário;
- Colocação do cimento definitivo de ionómero de vidro (Ketac® CEM) na zona radicular do falso coto fundido e no remanescente dentário seguindo-se a cimentação;
- Remoção dos restos residuais de cimento e reajuste das margens otimizando a definição das mesmas;
- Realização de um novo provisório e cimentação da coroa provisória;
- Ajuste oclusal;
- Prescrição de bochechos com cloro-hexidina 3 vezes ao dia, 5 dias antes da consulta seguinte, a fim de se conseguir uma correta hemóstase.

5ª Consulta

- Remoção cuidadosa da coroa provisória;
- Remoção dos restos residuais de cimento do preparo;
- Reajuste de todas as margens do preparo principalmente a nível oclusal, uma vez que na remoção da restauração provisória observou-se que a face oclusal da coroa provisória se encontrava com uma ligeira falta de material. As dimensões finais do preparo foram:
 - 0.6 mm em palatino;
 - 1.0 mm em vestibular;
 - 2.mm em oclusal;
 - Acabamento das margens em chanfro, supra-gengival em palatino e ligeiramente infra-gengival em vestibular;
- Afastamento temporário e reversível dos tecidos gengivais com fio de retração gengival;
- Realização de impressões definitivas com silicone de adição de consistência pesada (Putty) e silicone de adição de consistência leve (Light) com recurso a moldeiras standart, previamente selecionadas, utilizando-se a técnica monofásica de duplo componente. Não foi necessária a técnica bifásica de duplo componente, uma vez que as margens do preparo ficaram bem impressas;
- Realização do registo de mordida com Oclufast®;
- Realização de nova restauração provisória;
- Envio das impressões definitivas e modelo oponente para o laboratório, solicitando-se a infra-estrutura da coroa metalocerâmica.

6ª Consulta

- Remoção da restauração provisória;
- Prova de infra-estrutura metálica, verificando-se estabilidade e adaptação marginal. Verificou-se que a altura da infra-estrutura de metal estaria exagerada, deste modo não haveria espaço para a cerâmica. Assim, foi realizado um desgaste no dente oponente e na própria infra-estrutura, na face oclusal, até atingir um limite máximo de 0,4 mm, medido com espécímetro;
- Novo o registo de mordida com Oclufast® sobre a estrutura metálica em boca;

- Impressão da arcada inferior com alginato, uma vez que o dente oponente foi ligeiramente desgastado;
- Cimentação da coroa provisória com Temp-Bond® Kerr;
- Seleção da cor com escala Vitta clássica, tendo em conta a cor do 14 e 13. A cor selecionada foi A2 para o terço incisal e médio e A3 para o terço cervical;
- Envio da infra-estrutura para o laboratório com o registo de mordida e o modelo inferior oponente e a escolha da cor selecionada.

7ª consulta

- Remoção do provisório com porta-agulhas;
- Realização do isolamento relativo do preparo dentário;
- Prova da coroa metalocerâmica verificando-se uma perfeita estabilidade, adaptação marginal e oclusão;
- Cimentou-se a coroa metalocerâmica com cimento definitivo de ionómero de vidro (Ketac® CEM);
- Pedido de avaliação à paciente que se mostrou agradada e satisfeita com o resultado final;
- Marcação da primeira consulta de controlo.

Registo ilustrativo do procedimento clínico



Figura 1 - Impressões em Alginato

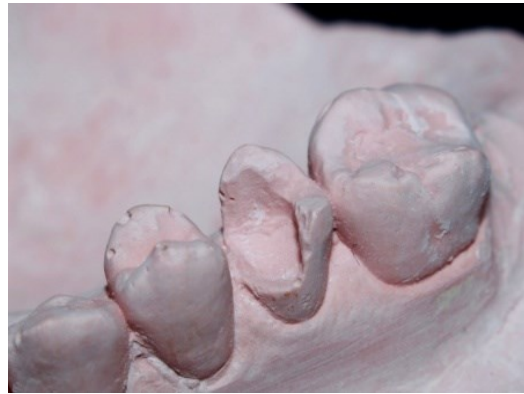


Figura 2 - Modelos de Estudo



Figura 3 - Vista oclusal do remanescente dentário



Figura 4 - Vista vestibular do remanescente dentário



Figura 5 - Radiografia inicial (15)



Figura 6 - Radiografia final após retratamento (15)

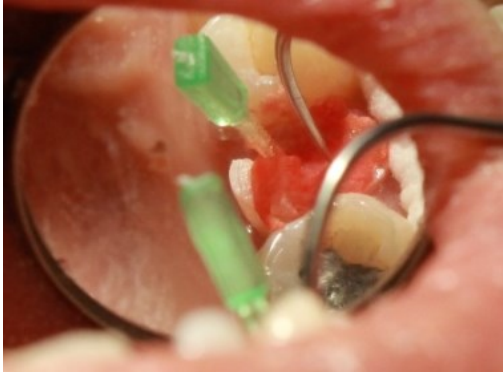


Figura 7 - Impressão do canal com resina padrão do tipo DuraLay®, confirmação do tempo de presa com sondas exploratória

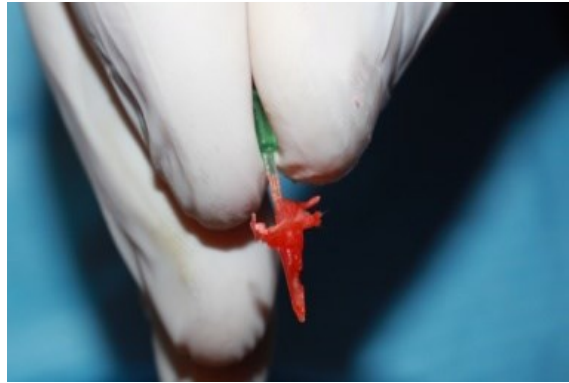


Figura 8 - Espigão provisório com resina padrão do tipo DuraLay®



Figura 9 - Vista vestibular, padrão em DuraLay®



Figura 10 - Padrão do tipo DuraLay® (componente radicular e coronário)

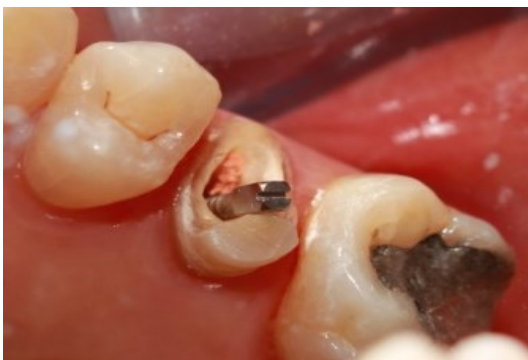


Figura 11 - Espigão metálico



Figura 12 - Coroa provisória

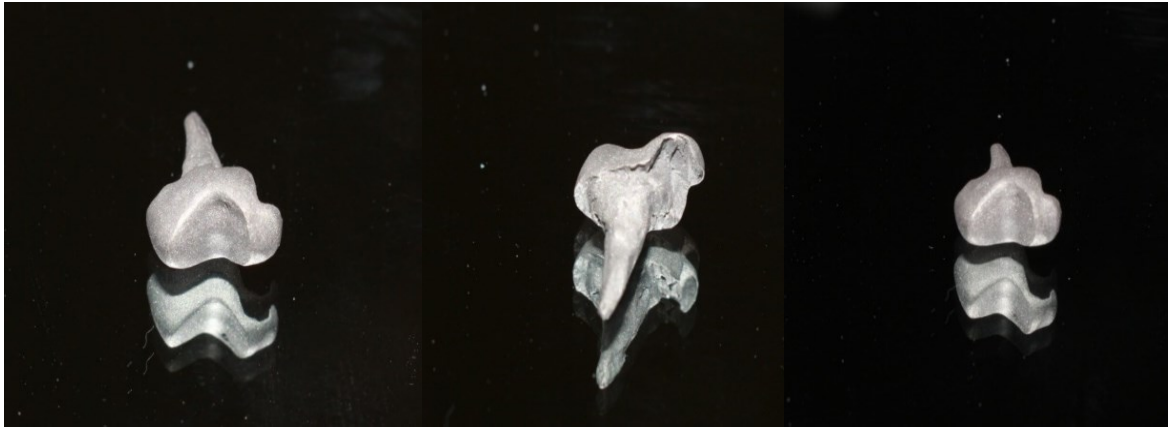


Figura 13 - Falso coto fundido



Figura 14 - Retenção na zona radicular do falso coto fundido



Figura 15 - Adaptação marginal do falso coto fundido previamente à cimentação



Figura 16 - Preparação do cimento definitivo



Figura 17 - Colocação do cimento definitivo



Figura 18 - Vista vestibular, falso coto fundido cimentado



Figura 19 - Vista oclusal, falso coto fundido cimentado



Figura 20 - Vista oclusal, falso coto fundido, isolamento do preparo com fio de retração embebido em cloreto de alumínio;



Figura 21 - Coroa provisória



Figura 22 - Registro de mordida com Oclufast®



Figura 23 - Impressão definitiva



Figura 24 - Infra-estrutura metálica no troquel



Figura 25 - Vista palatina, prova da infra-estrutura



Figura 26 - Vista vestibular, prova da infra-estrutura em boca

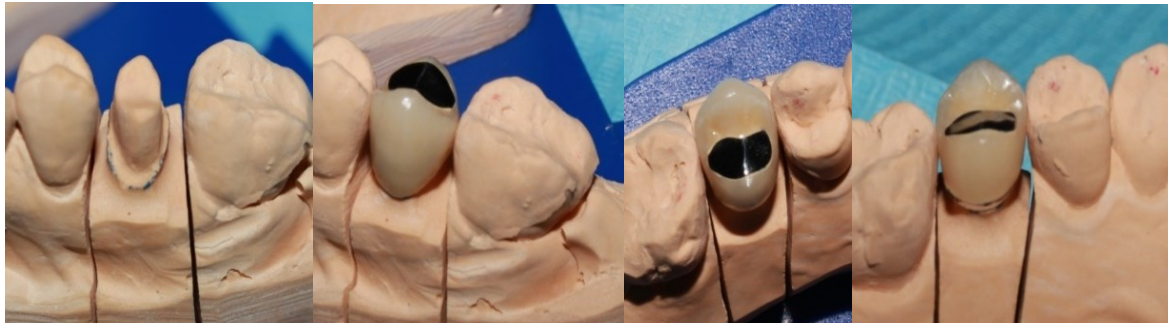


Figura 27 - Coroa metalocerâmica no troquel

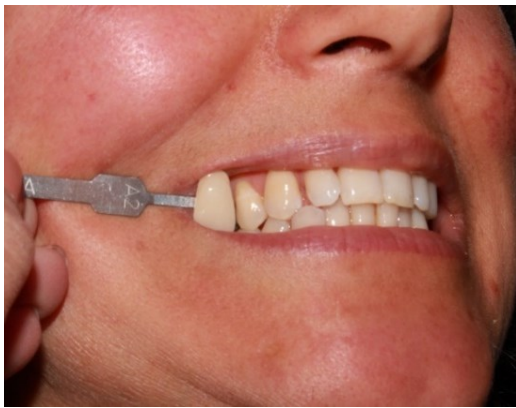


Figura 28 - Seleção da cor



Figura 29 - Vista palatina, coroa metalocerâmica cimentada



Figura 30 - Vista vestibular, coroa metalocerâmica cimentada;



Figura 31 - Vista vestibular, controle (3 meses)



Figura 32 - Radiografia final, coroa metalocerâmica e falso coto fundido



Figura 33 - Controle (3 meses)

Discussão e prognóstico do caso clínico

Paciente motivada e cooperante, não fumadora. A paciente apresenta uma boa higiene oral. Radiograficamente constata-se que se preservaram 4-5 mm apicais de gutta-percha. O espigão introduzido no canal serviu de meio de retenção, verificando-se uma ótima adaptação marginal do espigão e falso coto e da coroa metalocerâmica. Através da análise da radiografia periapical é possível confirmar que o comprimento do espigão correspondente a pelo menos $\frac{3}{4}$ do comprimento do canal. Perante a análise fotográfica, verifica-se que a coroa metalocerâmica apresenta a face oclusal em metal. Caso optássemos pela cerâmica, seria necessário uma redução dentária maior, e assim, com o consentimento da paciente, decidiu-se pedir ao laboratório a colocação de metal na face oclusal. Na consulta de controle dos 3 meses foi possível observar-se uma recessão de 1mm em vestibular que poderá ser explicada, possivelmente, por uma escovagem traumática. Foi proposta a cirurgia periodontal, porém a paciente não aceitou. Deste modo, apenas se fez a recomendação de uma escovagem menos agressiva aliada à utilização de uma escova dentária com cerdas macias. A paciente refere estar bastante satisfeita e agradada com o resultado final. O prognóstico do tratamento é considerado como sendo favorável.

Caso clínico 2 – Avulsão de dentes permanentes

Enquadramento teórico

A avulsão de dentes permanentes é observada em 0.5% a 3% de todas as lesões dentárias. (69)

As lesões traumáticas dentárias são mais prevalentes em dentição permanente (58.6%) comparativamente à dentição decídua (36.8%) e envolvem, maioritariamente, os dentes anteriores da maxila superior. Nestas situações, os incisivos centrais superiores são as peças dentárias mais afetadas (66.7 %), seguindo-se o incisivo lateral superior (17.4%). (70)

Estudos demonstraram que o rácio homem/ mulher varia de 1.5: 1.0 a 2.5:1.0, ou seja, estes episódios traumáticos de avulsão ocorrem, predominantemente, no género masculino. Pode inferir-se que, hipoteticamente, estes valores derivam do facto da população masculina estar, por norma, mais exposta e suscetível a este tipo de incidentes, diretamente correlacionados com a prática de desportos e atividade física, acidentes rodoviários, entre outros. (70, 71)

While Diaz *et al.* constatou que, os episódios traumáticos de avulsão ocorrem, maioritariamente, em grupos com idades compreendidas entre os 7 a 9 anos e entre os 10 a 12 anos de idade, em dentição permanente. (70)

Vários estudos demonstram que os referidos episódios correspondem às lesões dentárias mais complicadas em ambiente clínico e que o prognóstico está subordinado ao local onde ocorreu o acidente e à celeridade de intervenção.

A reimplantação é uma hipótese de tratamento nestes casos embora, por vezes não deva ser a eleita de imediato, em caso de existência de cáries severas, doença periodontal, pacientes não colaborantes, condição sistémica adversa (imunossupressão, condição cardíaca severa). Esta via terapêutica de emergência, apesar de exequível, poderá despoletar insucesso clínico culminando em extração ou perda da própria peça dentária. (69)

A avulsão de dentes permanentes é acompanhada de uma destruição severa do ligamento periodontal. As células do ligamento periodontal são destruídas devido, essencialmente, à má conduta de emergência e de armazenamento do dente avulsionado. (70)

É de sublinhar que deverá haver um trabalho de sensibilização acerca do protocolo a ser seguido e os cuidados importantes nestas situações inesperadas. Uma intervenção de emergência e um plano de tratamento adequados são fulcrais para um bom prognóstico. (71)

O tratamento destes episódios deve ser interdisciplinar criando benefícios intrínsecos para o paciente, principalmente ao nível da reabilitação dos espaços edêntulos. (72)

Descrição do caso clínico

Paciente, sexo masculino, 15 anos de idade, estudante, raça caucasiana, ASA I, sofreu um episódio traumático que resultou na avulsão de três peças dentárias (11, 12 e 21). Neste mesmo dia, dirigiu-se ao Hospital de S. Teotónio de Viseu onde foram realizados exames complementares radiográficos e sutura das presentes lacerações na região subnasal e na região interna e externa dos lábios.

Uma semana depois, foi agendada uma consulta na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, onde foi encaminhado para a unidade clínica de Odontopediatria para realização de um plano de diagnóstico/tratamento.

Após a análise da telerradiografia, constatámos que, relativamente ao tipo facial, o paciente é mesofacial. Apresenta classe I esquelética e classe I molar direita e esquerda.

Após toda a cicatrização tecidual residual, procedeu-se à fase de reabilitação colocando-se uma placa de Hawley com um acrescento de três peças dentárias.

Procedimento clínico

1ª consulta

- Reunião da história clínica;
- Fotografias intra e extra orais;
- Realização de radiografias periapicais, a fim de descartar a possibilidade de intrusão dentária completa.

2ª consulta

- Estudo e planeamento da reabilitação do espaço edêntulo com placa de Hawley;
- Realização de impressões da arcada superior e inferior com alginato;
- Registo de mordida com Oclufast®.

3ª consulta

- Colocação da placa de Hawley;
- Instruções de utilização e recomendações de higienização/utilização da placa de Hawley.



Figura 34 - Fotografia extra-oral (2 dias após o episódio de avulsão)

Registo ilustrativo do procedimento clínico

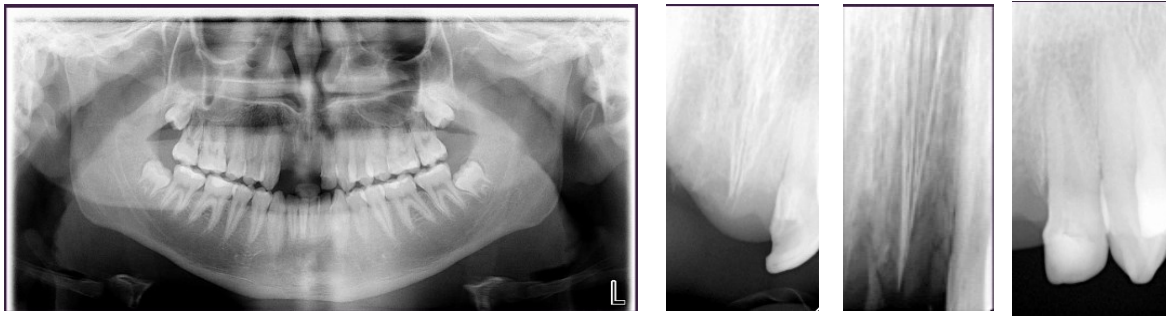


Figura 35 - Ortopantomografia e radiografias periapicais

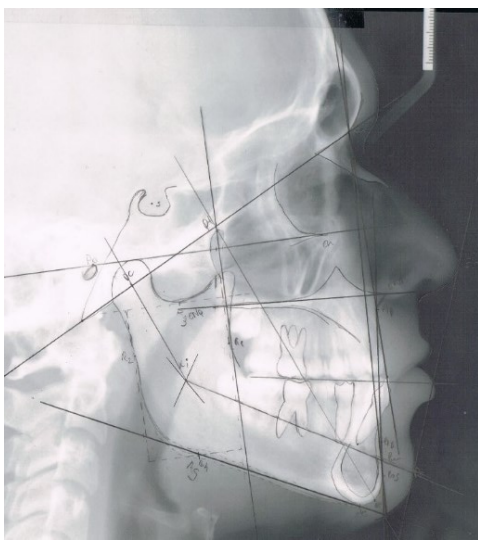


Figura 36 - Teleradiografia



Figura 37 - Modelos de estudo



Figura 38 - Cicatrização dos tecidos lacerados (1 semana após o acidente)



Figura 39 - Fotografias intra-orais em PIM



Figura 40 - Registo de mordida com Oclufast®



Figura 41 - Placa de Hawley



Figura 42 - Oclusal superior

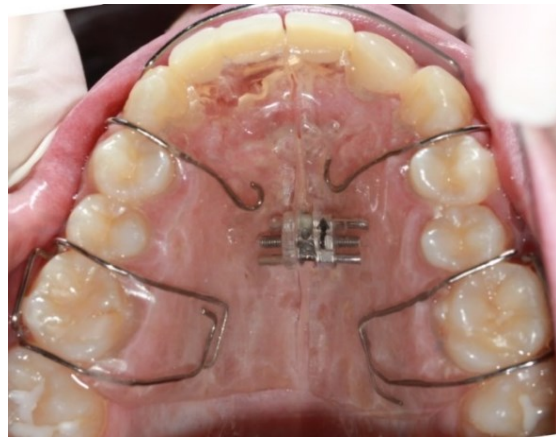


Figura 43 - Oclusal superior com placa de Hawley



Figura 44 - Vista frontal com placa de Hawley

Discussão e prognóstico do caso clínico

O prognóstico é considerado como sendo favorável. O paciente é extremamente colaborante e cuidadoso com a prótese. É de sublinhar que o utente sofreu um episódio de traumatismo dentário com consequências nefastas tanto do ponto de vista físico como emocional. No presente caso clínico é de ter em conta que o paciente tem apenas 15 anos de idade, ou seja, revela potencial de crescimento transversal até ao encerramento da sutura palatina, para além de se verificar uma mordida posterior unilateral direita. A placa de Hawley com expansor está indicada quando se deseja promover a expansão da arcada superior para corrigir as mordidas cruzadas posteriores dentárias na dentição decídua e mista. Promove a expansão lenta da arcada maxilar e inclinação vestibular dos dentes posteriores (expansão alvéolo-dentária). (73) Segundo Persson e Thilander, a sutura palatina mediana encerra entre os 15 a 19 anos de idade. (74) Na maioria dos parafusos expansores comercializados, por cada $\frac{1}{4}$ de volta aplicado 1 vez por semana, verifica-se uma expansão de 0,2 mm, o que se irá traduzir numa expansão transversal de, aproximadamente, 1mm da arcada superior. (53)

Desta forma, foi eleita a utilização de um aparelho removível com parafuso expansor. Teria sido possível optar por uma placa de Hawley com corte assimétrico. Assim, potenciáramos a correção da mordida cruzada posterior unilateral, evitando o aparecimento de um diastema inter-incisivo entre os substitutos artificiais

correspondentes ao 11 e 21 que obrigam, gradualmente, à sua substituição por peças dentárias artificiais com uma largura méso-distal sucessivamente maior, por condicionalismos estéticos. De todo o modo não foi esta a escolha.

Futuramente, o paciente pretende reabilitar o espaço edêntulo com implantes dentários.

Caso clínico 3 – Tratamento de uma Reabsorção Interna com MTA®

Enquadramento teórico

A reabsorção radicular interna caracteriza-se pelo processo de reabsorção das paredes da cavidade pulpar em consequência de uma inflamação crónica pulpar, resultando na exacerbação da atividade odontoclástica. (75) A sua etiologia não é consensual contudo, vários autores defendem que as reabsorções internas ocorrem devido à presença de lesões cariosas, patologia periodontal, trauma dentário, forças ortodônticas e sobreaquecimento durante o tratamento endodôntico. (76)

O aparecimento de reabsorções internas é raro e afeta, maioritariamente, a dentição permanente. A referida lesão é assintomática e de progressão lenta. Radiograficamente verifica-se uma imagem radiolúcida, oval, circunscrita e contínua com o canal dentário, ao nível do terço médio e apical da raiz. (77)

A reabsorção radicular interna, na ausência de tratamento, poderá progredir até à superfície radicular externa e culminar na destruição da região periodontal, originando uma reabsorção dentária interna perfurante. (78) Deste modo, há uma necessidade intrínseca de intervenção terapêutica, com o objetivo de eliminar todo o tecido pulpar necrosado seguido de selamento hermético do canal. (79) Para o efeito, poderá ser utilizado o cimento de MTA® que consiste num material composto por silicato tricálcico, aluminato tricálcico e óxido de bismuto, útil também em caso de pulpotomia, apexificação, capeamento pulpar, tratamento de perfurações, retro-obturação, entre outros. (80) Distingue-se pela sua biocompatibilidade com os tecidos perirradiculares, radiopacidade, ação antibacteriana, pH alcalino, por não ser um material reabsorvível, pela elevada resistência à compressão e pela excelente capacidade de selamento e adaptação marginal. (81, 82) Porém, apresenta alguns inconvenientes tais como o custo, a dificuldade na manipulação, bem como o facto de poder conferir alterações na coloração dentária. (83)

Descrição do caso clínico

Paciente do género masculino, 35 anos de idade, ASA I, apresenta-se numa consulta da Clínica Universitária da Universidade Católica de Viseu referindo dor exacerbada e pulsátil no 36, endodonciado há dois anos. Na radiografia periapical do dente é visível a presença de uma reabsorção interna. Observa-se uma imagem radiolúcida, oval, circunscrita e contínua com o canal dentário, ao nível do terço médio e apical da raiz mesial.

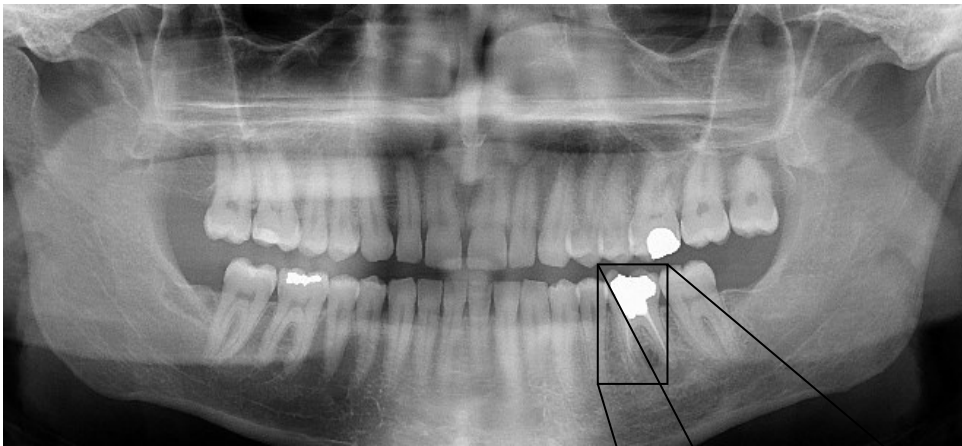


Figura 45 - Ortopantomografia



Figura 46 - Radiografia pré-operatória

Procedimento clínico

1ª consulta

- Realização de radiografias pré-operatórias e estabelecimento de diagnóstico.

2ª consulta

- Execução do retratamento endodôntico do referido dente, seguindo-se a fase de instrumentação canalar e cálculo da odontometria.

3ª consulta

- Colocação de Hidróxido de Cálcio nos canais mesiais.

4ª consulta

- Remoção do Hidróxido de Cálcio com limas k e irrigação abundante;
- Determinação da conometria do canal distal.

5ª consulta

- Colocação de MTA® nos 3mm apicais de todos os canais (mesio-vestibular, mesio-lingual e distal), com recurso a um compactador B40, B50 e B60.

6ª consulta

- Obturação dos 3 canais com cimento de AH Plus® e sistema BeeFill®2 *in 1*.

7ª consulta

- Remoção da restauração a amálgama, consumando-se a restauração definitiva com recobrimento de cúspides vestibulares com compósito Synergy·D6 de esmalte e de dentina e marcação do primeiro controlo, após 1 mês.

Registo ilustrativo do procedimento clínico



Figura 47 - Determinação da Odontometria



Figura 48 - Colocação de Hidróxido de Cálcio



Figura 49 - Conometria do canal distal



Figura 50 - Colocação de MTA® nos 3mm apicais



Figura 51 - Radiografias pós-operatórias



Figura 52 - Remoção da restauração a amálgama



Figura 53 - Acondicionamento ácido

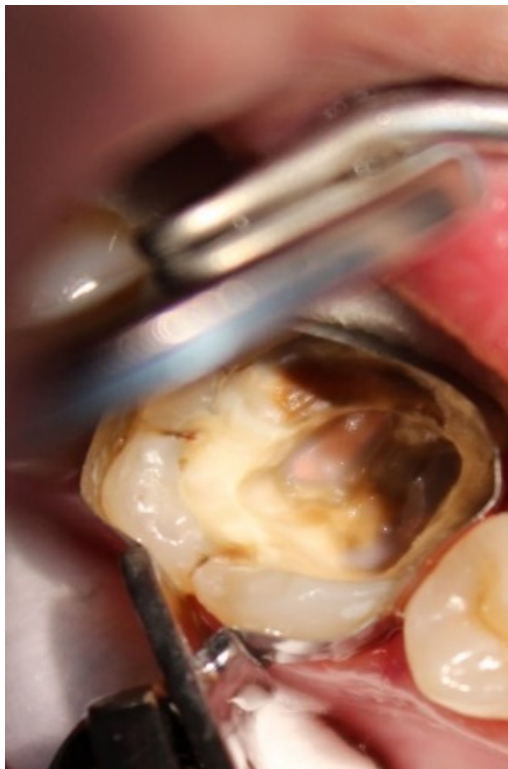


Figura 54 - Colocação de Compósito Flow no fundo da cavidade



Figura 55 - Restauração definitiva com Synergy® D6

Discussão e prognóstico do caso clínico

Uma alternativa terapêutica à utilização do MTA® é o Biodentine™, introduzido recentemente no mercado, à base de silicato de cálcio. Consiste num material cujas indicações são muito semelhantes às do MTA®, incluindo as reabsorções internas. Comparativamente ao MTA®, a literatura sugere que apesar do Biodentine™ ser menos dispendioso, é significativamente menos radiopaco, mais solúvel e o tempo de presa é claramente menor (cerca de 12 minutos), o que, no presente caso, é uma desvantagem. Neste prisma, a utilização do MTA® é vantajosa face ao Biodentine™, uma vez que o seu tempo de presa é bastante longo. (84)

Na 3ª consulta foi utilizado Hidróxido de Cálcio. A aplicação de um medicamento intracanal é considerado essencial para autenticar a taxa de sucesso do tratamento. O Hidróxido de Cálcio é, atualmente, o medicamento com propriedades antibacterianas mais eficaz contra a proliferação e crescimento de microorganismos no interior do sistema canalar, por ser característico de um pH elevado. (85)

A ausência de sinais e sintomas, assim como a regressão da imagem radiolúcida, sugere uma melhoria indiciadora de sucesso clínico. É de realçar que o paciente deseja reabilitar o referido dente com Prótese Fixa, que poderá concretizar-se após a comprovação de sucesso clínico.



Figura 56 - Radiografia controlo (1 mês)

Caso clínico 4 – Posição atípica das raízes do dente 27 com relação evidente com o seio maxilar, risco acrescido de comunicação ororanal imediata

Enquadramento teórico

A comunicação ororanal é uma complicação relativamente comum com uma incidência que varia de 0 % a 68%. (86) Resulta da comunicação entre a cavidade oral e o seio maxilar. (87) Está descrito que em 13% dos casos resulta da exodontia de molares superiores. (88) Pode explicar-se pela presença de um seio maxilar amplo, de uma cortical óssea muito fina ou pela divergência entre raízes. (58) Comunicações inferiores a 2 mm tendem a encerrar de forma espontânea. A comunicação é interposta por um coágulo com poder de cicatrização. (87) Nestas situações é recomendável a prescrição de precauções, para assegurar a formação de um bom coágulo sanguíneo no alvéolo, tais como: evitar assoar o nariz, evitar espirrar violentamente, evitar hábitos tabágicos/alcoólicos, evitar esforços físicos e beber sempre líquidos por uma palhinha. Se a comunicação for de tamanho médio (2 a 6 mm) devem ser tomadas medidas para assegurar a manutenção do coágulo na área, fazendo uma sutura em forma de oito e prescrição de antibiótico e descongestionante nasal. Se a comunicação for maior do que 7 mm está indicado o tratamento cirúrgico adicional. (58) Para o encerramento de comunicações ororais, o retalho de avanço vestibular reto é o mais utilizado, apresentando uma taxa de êxito entre 90% a 98% dos casos. Nos casos em que as comunicações ororais ocorrem por palatino estará mais indicado o retalho palatino de avanço com rotação característico de um bom suprimento sanguíneo (artéria palatina maior). (89) O tratamento de comunicações ororais imediatas é imprescindível, pois na sua ausência poderão evoluir para uma fístula ororanal. (90) A fístula ororanal consiste numa comunicação patológica, coberta por epitélio, entre a cavidade oral e o seio maxilar. (91) Esta comunicação é suscetível à contaminação bacteriana, aumentando o risco de sinusite crónica. (92)

Descrição do caso clínico

Paciente, gênero masculino, 56 anos de idade, não fumador, apresenta prótese parcial removível superior com 4 peças dentárias anteriores. Encaminhado pela disciplina de Prótese Removível para exodontia dos dentes 27 e 28, de acordo com o seu plano reabilitação. O paciente é polimedicado, referindo estar a tomar a seguinte medicação: Furosemida (diurético da ansa); Enalapril e Lecardinipina (anti-hipertensor); Nebivolol (beta bloqueador seletivo); Acido Acetilsalicílico (antiagregante plaquetário); Rosuvastatina (estatina); Metformina (antidiabético oral) e Insulina glargina (solução injetável, insulina modificada). A análise radiográfica demonstra a posição atípica das raízes do dente 27 com relação evidente com o seio maxilar, bem como a curvatura distal de uma das raízes. É, ainda, evidente a existência de uma extensa lesão de cárie, observando-se, também, a presença de um resto radicular do 38, com indicação para a extração.



Figura 57 – Ortopantomografia



Figura 58 - Radiografia periapical

Material utilizado

- Kit básico de exploração
- Compressas
- Carpule
- Anestubos (Lidocaína com epinefrina 1:100000)
- Agulha 30G
- Aspirador cirúrgico
- Cabo de bisturi
- Lâmina de bisturi nº15
- Descolador Woodson/Molt
- Afastador de Austin/Minnesota
- Pinça hemostática
- Pinça de Adson com dente
- Peça de mão
- Broca esférica laminada de tungstênio nº8
- Porta agulhas
- Fio de sutura de nylon 5/0
- Tesoura
- Sindesmótomo
- Boticão de molares superiores, pré-molares superiores e boticão de raízes superiores
- Turbina
- Broca fissurada
- Pinça-goiva e lima de osso

Procedimento clínico

- Anestesia do Nervo alveolar superior posterior e nervo palatino maior;
- Extração por técnica fechada do resto radicular do 28 com recurso ao boticão de raízes superiores;
- Realização de uma incisão em envelope de espessura total com lâmina de bisturi nº 15 e descolamento com descolador de Molt;
- Odontosecção do 27 no sentido mésio-distal com turbina e broca cirúrgica longa e multilaminada do tipo Zecrya com o intuito de separar a raíz vestibular da raíz palatina, a fim de se propiciar uma extração o mais atraumática possível;
- Avulsão individual das raízes seccionadas com boticão de pré-molares superiores; Em primeiro lugar realizou-se a avulsão da raíz vestibular respeitando a curvatura acentuada da mesma, seguindo-se a avulsão da raíz palatina com conformação reta. Na avulsão da raíz vestibular verificou-se a fratura parcial da cortical óssea vestibular/parede lateral do seio maxilar;
- Com a realização da manobra de Valsalva, aferimos que não se verificava a presença de uma comunicação oroantral e que a membrana de Schneider se apresentava amplamente exposta, contudo, íntegra;
- Regularização do rebordo ósseo e remoção de espículas ósseas com uma pinça-goiva e com o auxílio à peça de mão com broca cirúrgica esférica nº8;
- Para garantir a mobilidade do retalho e sutura com coaptação de bordos realizaram-se duas incisões de descarga verticais em mesial e distal, bem como incisões horizontais no periósteo (retalho de avanço vestibular);
- Sutura com fio de nylon 5/0 com vários pontos simples, de modo a permitir uma boa manutenção do coágulo intraalveolar, potenciando uma cicatrização adequada por primeira intenção;
- Explicação de cuidados pós-operatórios, tais como: aplicar gelo, evitar assoar o nariz ou espirrar violentamente, evitar hábitos tabágicos/ alcoólicos e esforços físicos;
- Prescrição de medicamentos: Claritromicina 500mg, 1 vez ao dia, tendo em conta que o paciente apresenta alergia a penicilinas e analgésico paracetamol 1000mg, a cada 8 horas em SOS.

Registo ilustrativo do procedimento clínico

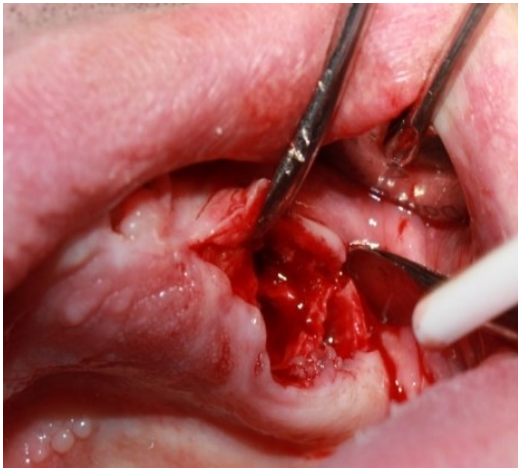


Figura 59 - Fotografia intra-oral pós-extração

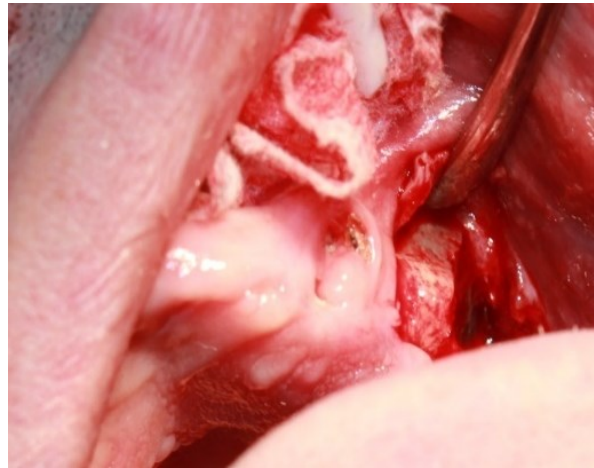


Figura 60 - Fotografia intra-oral pós-extração



Figura 61 - Raízes vestibular e palatina



Figura 62 - Fotografia pós-operatória

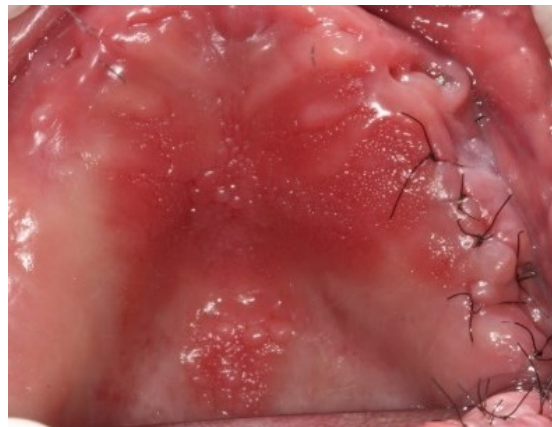


Figura 63 - Oclusal superior (Controlo 1 semana)

Discussão e prognóstico do caso clínico

Paciente colaborante. No controlo após 1 semana do procedimento cirúrgico verificou-se uma adequada coaptação dos bordos cirúrgicos. O paciente, até a data, não relatou complicações pós-operatórias. O prognóstico, do explanado caso clínico, é considerado como sendo favorável.

Caso clínico 5 – Gengivite Induzida por Fármacos

Enquadramento teórico

A literatura refere que o aumento e crescimento gengival pode resultar do efeito colateral da ação de três principais subclasses medicamentosas, tais como anticonvulsivantes, bloqueadores de canais de cálcio e imunossuppressores. (93) Greenberg *et al.* estudaram uma amostra de 115 pacientes submetidos a transplante renal e encontraram uma prevalência de crescimento gengival em 53%, de entre aqueles que foram tratados com Ciclosporina. (94) Estudos clínicos sugerem que o mecanismo de crescimento gengival (Gengivite Induzida por Fármacos) é o resultado da interação entre o fármaco e seus metabolitos, incidindo sobre o tecido conjuntivo gengival, alterando o metabolismo da matriz extracelular. (95) Esta interação é exacerbada pela inflamação induzida por placa, resulta num aumento e crescimento do tecido gengival hiperémio e edemaciado, contribuindo, veemente, para a progressão da doença periodontal a longo prazo. (93, 96) A Gengivite Induzida por Fármacos está associada à presença de pseudobolsas, (44) conjuntamente com uma variabilidade de factores de risco para além da medicação concomitante, tais como: idade; género; predisposição genética e estado inflamatório dos tecidos periodontais. (94, 97) Autores defendem que a prevalência do aumento do tecido gengival induzido por Amlodipina, um bloqueador dos canais de cálcio, utilizado no controlo da hipertensão varia entre 1,7% e 3,3%. Por norma, este aumento gengival é observável entre 1 a 3 meses após o início da toma da medicação. Deste modo, evidenciam-se sinais clínicos de aumento significativo do tamanho da gengiva mais perceptível no setor anterior maxilar e mandibular, podendo cobrir uma parte considerável das coroas dentárias. (94) Nestes casos a abordagem não cirúrgica, de primeira escolha, envolve o controlo da placa bacteriana através da remoção de cálculo supra e infra-gengival e polimento, associada a bochechos regulares de clorohexidina. (97) Assim, potencia-se a redução da componente inflamatória do tecido gengival, bem como a substituição do fármaco por outro alternativo, com consentimento informado do médico que prescreveu a medicação. Em último caso, está indicada a abordagem cirúrgica por técnicas como a gengivectomia. (96) A gengivectomia está indicada quando se verifica um aumento gengival localizado (até seis dentes), sem evidência de perda de inserção. (44) Uma alternativa à gengivectomia

pode ser a cirurgia por laser (eletrocirurgia) que se mostra vantajosa ao providenciar uma hemóstase pós-operatória mais célere. (94) Sublinha-se que a terapia não-cirúrgica requer entre 2 a 3 meses para se confirmar a regressão da patologia, ao invés da cirúrgica que permite resultados imediatos. (93)

Descrição do caso clínico

Paciente, género masculino, 30 anos de idade, não fumador, motorista, refere possível Acidente Transitório Isquémico (ATI) relatando ter perdido a visão no olho direito. Sugere ter episódios de hipertensão e fazer terapia com Carvedilol 25mg, Lisiopril e Amlodipina 20mg. Em fevereiro de 2015 recorreu à clinica universitária na unidade curricular de Periodontologia com a queixa de que “as gengivas estão inchadas e sangram”. Foi realizada uma destartarização, removendo o cálculo supra e infra-gengival e polimento. Foi marcada reavaliação passadas 6 semanas, verificando-se que não ocorreu regressão do crescimento gengival. Deste modo, a equipa de Periodontologia decidiu realizar uma gengivectomia. O procedimento foi adiado uma vez que o paciente teve uma crise de ansiedade. A pedido da equipa de Periodontologia, em concordância com o médico de família, a terapia anti-hipertensora foi substituída por Candesartan 6mg, Adalat 5,5mg e Dilbloc 25 mg. Em setembro de 2015 o paciente reaparece na Dentária Universitária UCP para nova avaliação periodontal. Todavia, refere estar a tomar um anticonvulsivante, Depakine 200 mg/ml. O binómio deparou-se com um quadro clínico de gengivas com aspeto hiperplásico e inexistência de regressão da lesão, apresentando um IP de 20.31% e BOP de 22.91%. Decidiu-se marcar novamente uma gengivectomia no segundo sextante, ou seja, na região antero-superior de canino-a-canino. A técnica a empregar seria a de bisel externo. O paciente cooperou com a cirurgia periodontal, ao contrário da vez anterior. A cirurgia foi realizada em outubro de 2015.

Material utilizado

- Aspiradores (saliva e cirúrgico)
- Luvas, máscara
- Espelho intra e extra oral
- Pinça universitária
- Sonda periodontal
- Sonda Krane Kaplan
- Carpule, agulha, anestubo (Lidocaína com epinefrina 1:100000)
- Bisturi eléctrico
- Gengivótomo de Kirkland
- Tesoura periodontal
- Compressas
- Gelo

Procedimento clínico

- Iniciou-se a técnica anestésica para bloqueio dos nervos infraorbitários;
- Exploração das bolsas com uma sonda periodontal;
- Marcação de cada pseudobolsa com uma sonda krane kaplan;
- Incisão inicial, com um gengivótomo de kirkland, em bisel, com uma angulação de aproximadamente 45 graus, relativamente à superfície do dente, apicalmente aos pontos sangrantes demarcados, recriando o contorno normal da gengiva;
- Remoção da parede da bolsa excisionada com pinça universitária;
- Utilização do bisturi elétrico para cauterizar os vasos;
- Curetagem e inspeção da presença de qualquer placa bacteriana;
- Compressão da zona com compressas;
- Aplicação de gelo;
- Instruções pós-operatória ao paciente Prescrição de AINES e bochechos de cloro-hexidina (antissético), 3 vezes por dia;
- Controlo pós-operatório após 7 dias.

Registo ilustrativo do procedimento clínico



Figura 64 – Ortopantomografia

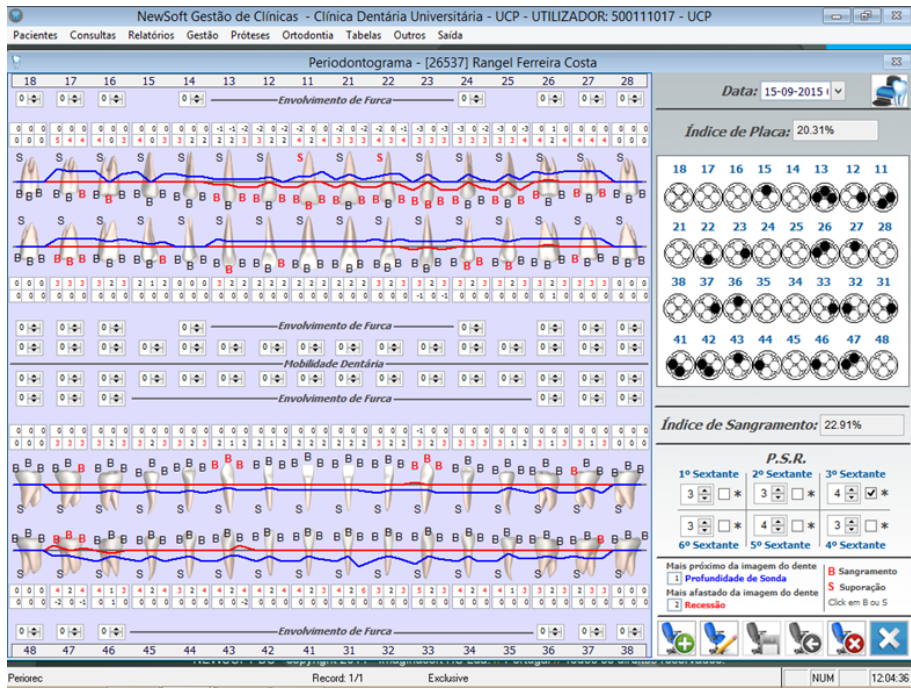


Figura 65 - Periograma



Figura 66 - Fotografia pré-operatória



Figura 67 - Fotografia pós-operatória (Bisel externo)



Figura 68 - Controlo (1 semana)



Figura 69 - Controlo (2 meses)



Figura 70 - Controle (2 meses)

Discussão e prognóstico do caso clínico

O prognóstico do caso clínico acima descrito considera-se reservado, uma vez que a recidiva da lesão está explícita. Suspeita-se de que, uma vez que os anti-hipertensores foram substituídos por uma terapêutica com a mesma finalidade, a recorrência da lesão dever-se-á, possivelmente, à toma do anticonvulsivante, com a agravante do paciente mencionar que os seus hábitos de higiene oral são bastante reduzidos, autojustificando-se com a sua profissão. Após 3 consultas de controle, o paciente deixou de comparecer às restantes consultas.

Atividade científica

A atividade científica apresenta-se, nos nossos tempos, portadora duma importância extrema, uma vez que a divulgação de casos clínicos promove a ação reflexiva e a partilha de saberes. Nesta secção, apresenta-se uma coleta de trabalhos científicos, nos quais tive um papel ativo, elaborados ao longo do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Publicação Científica I

Poster apresentado nas XXVII Jornadas da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, em 2016. (Anexo IV)

Apresentação de Casos Clínicos de Dentes Evaginados

M. Garcia¹; A. Silva¹; S. Castro¹; M. Seabra²; A. Figueiredo²

¹Universidade Católica Portuguesa, alunos Mestrado Integrado de Medicina Dentária

²Universidade Católica Portuguesa, docentes da área de Endodontia

Introdução: O dente evaginado/*Dens evaginatus* é um defeito caracterizado por uma elevação com aparência tuberculada da superfície oclusal podendo também ocorrer na superfície vestibular e lingual/palatina. A evaginação normalmente contém esmalte, dentina e polpa. O defeito resulta de uma evaginação do epitélio interno do órgão do esmalte ou de uma hiperplasia focal do ectomesênquima da papila dentária. É mais frequente em pré-molares e molares sendo, normalmente, bilateral. O dente evaginado também pode surgir em dentes anteriores maxilares ou mandibulares, verificando-se a presença de uma cúspide acessória que se projeta na região do cíngulo. A maior complicação desta anomalia é a polpa poder estender-se até ao tubérculo, resultando num aumento do risco de exposição pulpar. A literatura sugere a redução do tubérculo oclusal ou do dente antagonista, para prevenir problemas oclusais.

Descrição dos casos clínicos: E.R.M.A, feminino, 10 anos, apresenta dente 22 evaginado; A.R.T.V, feminino, 9 anos, apresenta dente 21 evaginado; C.H.S.P, masculino, 11 anos, apresenta dente 26 com cúspide acessória; A. F. C., masculino, 11 anos, apresenta dentes 12 e 22 evaginados;

Discussão: Em dentes hígidos é recomendada a aplicação de selantes. Na presença de tecido cariado, sem exposição pulpar, está indicado o tratamento restaurador. Nos casos em que ocorra exposição pulpar, a abordagem terapêutica poderá passar por tratamento endodôntico radical. Em casos muito severos de malformação poderá estar indicada a extração da peça dentária.

Conclusão: O tratamento varia consoante o grau de comprometimento dos dentes afetados, podendo abranger desde a dentisteria restauradora à endodontia ou até mesmo cirurgia.

Bibliografia:

1. Ayer A, Vikram M, Suwal P. Dens Evaginatus: A Problem-Based Approach. Case Rep Dent. 2015;2015:393209.
2. Chandra B, Das M. Accessory Central Cusp in the Maxillary Second Primary Molars: A Rare Entity among the Rare. Int J Clin Pediatr Dent. 2014;7(3):202-5.
3. Colak H, Aylikci BU, Keklik H. Dens evaginatus on maxillary first premolar: Report of a rare clinical case. J Nat Sci Biol Med. 2012;3(2):192-4.
4. Mupparapu M, Singer SR, Goodchild JH. Dens evaginatus and dens invaginatus in a maxillary lateral incisor: report of a rare occurrence and review of literature. Aust Dent J. 2004;49(4):201-3.
5. Sharma A. Dens evaginatus of anterior teeth (talon cusp) associated with other odontogenic anomalies. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2006;24 Suppl 1:S41-3.
6. Sharma G, Mutneja AR, Nagpal A, Mutneja P. Dens evaginatus and dens invaginatus in a double tooth: A rare case report. Indian J Dent Res. 2015;26(5):545-9.

Publicação Científica II

Poster apresentado nas XI Jornadas de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, em 2016. (Anexo V)

Hipoplasia de esmalte: A propósito de um caso clínico

M. Garcia¹; A. Silva¹; M. Seabra²; A. Figueiredo²

¹Universidade Católica Portuguesa, alunos Mestrado Integrado de Medicina Dentária

²Universidade Católica Portuguesa, docentes da área de Odontopediatria

Introdução: A hipoplasia do esmalte resulta de uma alteração na secreção da matriz orgânica do esmalte cuja prevalência mundial está compreendida entre 2,4% a 40%. Afeta maioritariamente a dentição permanente, sendo mais frequente em primeiros molares e incisivos centrais superiores. A referida lesão tem etiologia multifatorial, podendo advir de fatores hereditários ou ambientais/sistémicos. Verifica-se um comprometimento estético, sensibilidade térmica acrescida e um aumento da suscetibilidade a lesões de cárie nas zonas hipoplásicas. Dependendo do grau de severidade, o tratamento poderá abranger desde a intervenção de carácter preventivo à dentisteria restauradora.

Descrição do caso clínico: Paciente D. C., sexo masculino, com 7 anos vem à consulta de Odontopediatria para controlo periódico. Não há doenças sistémicas dignas de registo e nega estar a tomar qualquer tipo de medicação. Na consulta anterior tinha-se procedido à exodontia das peças dentárias 51 e 61. Os dentes 11 e 21 apresentam-se com esmalte hipoplásico. O doente apresenta sensibilidade térmica aumentada.

Discussão/Conclusão: As anomalias dentárias devem ser diagnosticadas o mais precocemente possível, no sentido de corrigir/alterar eventuais repercussões que possam comprometer a estética e/ou função. Neste caso em particular, considerando que o motivo da consulta foi a sensibilidade aumentada nestes dentes, bem como a estética do setor anterior, optou-se por proteger as zonas de dentina exposta com restaurações estéticas. Estas restaurações permitiram melhorar a componente estética, cumprindo, ao mesmo tempo requisitos funcionais, ao eliminarem a sensibilidade dentária, favorecendo uma melhor alimentação e diminuindo também o risco de cárie dentária, que neste caso estaria acrescido.

Bibliografia:

1. Yadav PK, Saha S, Jagannath GV, Singh S. Prevalence and Association of Developmental Defects of Enamel with, Dental- Caries and Nutritional Status in Pre-School Children, Lucknow. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(10):ZC71-4
2. Ravindran R, Saji AM. Prevalence of the developmental defects of the enamel in children aged 12-15 years in Kollam district. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2016;6(1):28-33.
3. Nirmala SV, Quadar MA, Veluru S, Tharay N, Kolli NK, Minor Babu MS. Apgar index as a probable risk indicator for enamel defects in primary dentition: a cross sectional study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2015;33(3):229-33.
4. Kanchan T, Machado M, Rao A, Krishan K, Garg AK. Enamel hypoplasia and its role in identification of individuals: A review of literature. *Indian J Dent.* 2015;6(2):99-102.
5. Fragelli CM, Souza JF, Jeremias F, Cordeiro Rde C, Santos-Pinto L. Molar incisor hypomineralization (MIH): conservative treatment management to restore affected teeth. *Braz Oral Res.* 2015;29.
6. Ghanim A, Elfrink M, Weerheijm K, Marino R, Manton D. A practical method for use in epidemiological studies on enamel hypomineralisation. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2015;16(3):235-46.

Publicação Científica III

Poster apresentado nas XI Jornadas de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, em 2016. (Anexo VI)

Reabsorção Interna – A propósito de um caso Clínico

Garcia M. ¹, Castro S.¹, Paulo M. ², Cardoso M. ², Noites R. ²

¹Universidade Católica Portuguesa, alunos Mestrado Integrado de Medicina Dentária

²Universidade Católica Portuguesa, docentes da área de Odontopediatria

Introdução: A reabsorção radicular interna, caracteriza-se pelo processo de reabsorção das paredes da cavidade pulpar proveniente de uma inflamação crónica pulpar, resultando na exacerbação da atividade odontoclástica. A sua etiologia não é consensual, contudo, autores defendem que as reabsorções internas ocorrem devido à presença de lesões cariosas, patologia periodontal, lesões traumáticas, forças ortodônticas e sobreaquecimento durante o tratamento endodôntico. A lesão é assintomática e de progressão lenta. O objetivo deste trabalho é descrever um caso clínico de aplicação de MTA numa reabsorção interna.

Descrição do caso clínico: Paciente, género masculino, 35 anos de idade, aparece numa consulta da Clínica Universitária da Universidade Católica de Viseu, referindo dor no dente 3.6, endodenciado há dois anos. Foi estabelecido o diagnóstico de reabsorção interna através do exame clínico e exames completos de diagnóstico. Realizou-se o retratamento do dente, recorrendo-se à colocação de MTA® nos 3mm apicais de todos os canais seguidos de obturação com o sistema *BeeFill*®. Por fim, foi feita a restauração definitiva com recobrimento de cúspides vestibulares com compósito Synergy·D6 de esmalte e de dentina.

Discussão/conclusão: A reabsorção radicular interna, na ausência de tratamento, poderá progredir até à superfície radicular externa e culminar na destruição da região periodontal, originando uma reabsorção dentária interna perfurante. A intervenção terapêutica torna-se imprescindível. Foi utilizado MTA® que consiste num material composto por silicato tricálcico, aluminato tricálcico e óxido de bismuto, biocompatível, radiopaco, com uma excelente capacidade de selamento e adaptação marginal. A

ausência de sinais e sintomas, assim como a regressão da imagem radiolúcida, sugere uma melhoria indiciadora do sucesso clínico.

Bibliografia:

1. Ebeleseder KA, Kqiku L. Arrest and Calcification Repair of internal root resorption with a novel treatment approach: Report of two cases. Dent Traumatol. 2015;31(4):332-7;
2. Madani Z, Moudi E, Bijani A, Mahmoudi E. Diagnostic Accuracy of Cone-Beam Computed Tomography and Periapical Radiography in Internal Root Resorption. Iran Endod J. 2016;11(1):51-6;
3. Perlea P, Nistor CC, Suci I, Iliescu MG, Iliescu AA. Rare multiple internal root resorption associated with perforation - a case report. Rom J Morphol Embryol. 2014;55(4):1477-81;
4. Ramazani M, Asgary S, Zarenejad N, Mehrani J. Interdisciplinary Approach for Management of Iatrogenic Internal Root Resorption: A Case Report. Iran Endod J. 2016;11(1):71-4;
5. Stratul SI, Nica L, Roman A, Didilescu AC, Bacila A, Rusu D, et al. Severely altered post-traumatic internal morphology of upper incisors associated with biologic width violation - the combined conservative approach. Rom J Morphol Embryol. 2014;55(4):1521-6;
6. Umashetty G, Hoshing U, Patil S, Ajgaonkar N. Management of Inflammatory Internal Root Resorption with Biodentine and Thermoplasticised Gutta-Percha. Case Rep Dent. 2015;2015:452609.

Publicação Científica IV

Poster apresentado na XXXVIII Reunião Anual De La Sociedad Espanola de Odontopediatria, em 2016. (Anexo VII)

La rehabilitación estética de un adolescente después de la avulsión de los dientes anteriores

M. Garcia¹; A. Silva¹; A. Castro¹; A.Figueiredo²; M. Seabra²;

¹Universidade Católica Portuguesa, estudantes de la Odontologia

²Universidade Católica Portuguesa, maestros de la Odontopediatria

Introducción: La avulsión de los dientes permanentes es observada entre un 0.5% a un 3% de todas las lesiones dentarias. Varios estudios demuestran que esta lesión es una de las más complicadas a nivel dentario y su pronóstico está relacionado con el lugar donde ocurre el accidente y tiempo que se tarda en proceder. Una actuación de emergencia y un plan de tratamiento adecuados son los pilares para un buen pronóstico. Un diente permanente avulsionado es una de muchas situaciones de emergencia odontológica con bastante frecuencia, con una mayor prevalencia en el género masculino. En estos casos, se deben extremar las medidas y cuidados por parte de los profesionales siguiendo los protocolos establecidos.

Objetivos: Dada la frecuencia de traumatismos en dentición definitiva, es importante determinar y conocer el protocolo de actuación de las varias entidades específicas en el área de Odontopediatria y Traumatología dentaria.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino, 15 años, estudiante, que sufrió un episodio traumático que resultó en la avulsión de tres piezas dentarias, perdiendo el incisivo lateral derecho (12) e ingiriendo incisivo central derecho (11) e incisivo central izquierdo (21). En el trauma se laceró también la comisura labial izquierda y la región subnasal con una laceración superficial. En un primer abordaje en ambiente hospitalar le suturaron y le limpiaron las heridas y una semana después en la *Universidade Católica Portuguesa* se le efectuó una evaluación radiográfica para descartar posibles fracturas maxilares y mandibular, intrusiones y/o restos radiculares intraalveolares. En dicho

examen complementario se descartaron las hipótesis anteriores y se prosiguió con su rehabilitación oral.

Comentario: Dado que en este caso, no fue posible reimplantar los dientes avulsionados, se siguieron los guidelines de la Asociación Americana de Odontopediatría, la cual sigue procedimientos semejantes a los descritos en los guidelines de la Asociación de Traumatología Dentaria Europea.

Conclusión: Al ser un paciente de edad joven y en crecimiento, fue necesario realizar una rehabilitación protésica de inmediato. En esta situación, se usó una placa de Hawley de expansión con el añadido de tres piezas dentarias en el lugar de las avulsionadas y sujetas a la misma.

Bibliografía:

1. Andersson L, Andreasen J, Day P, Heithersay G, Trope M. Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: Avulsion of Permanent Teeth. International Association of Dental Traumatology. 2013;35.
2. Zaleckiene V, Peciuliene V, Brukiene V, Drukteinis S. Traumatic dental injuries: etiology, prevalence and possible outcomes. Stomatologija. 2014;16(1):7-14.
3. Karayilmaz H, Kirzioglu Z, Erken Gungor O. Aetiology, treatment patterns and long-term outcomes of tooth avulsion in children and adolescents. Pak J Med Sci. 2013;29(2):464-8.
4. Kenny KP, Day PF, Douglas GV, Chadwick BL. Primary care dentists' experience of treating avulsed permanent teeth. Br Dent J. 2015;219(5):E4.

Publicação Científica V

Poster apresentado na XXXVIII Reunião Anual De La Sociedad Espanola de Odontopediatria, em 2016. (Anexo VIII)

Las rampas en Odontopediatria - tratamiento de un caso de mordida cruzada anterior

M. Garcia¹; A. Silva¹; A. Castro¹; A.Figueiredo²; M. Seabra²;

¹Universidade Católica Portuguesa, estudantes de la Odontologia

²Universidade Católica Portuguesa, maestros de la Odontopediatria

Introducción: La mordida cruzada anterior es una maloclusión resultado de la palatinización de los incisivos superiores en relación a los incisivos inferiores y tiene una etiología multifactorial. Las mordidas cruzadas anteriores tienen una incidencia de 4-5%, siendo esencial el diagnóstico durante la dentición mixta. Para el tratamiento de esta maloclusión hay varios tipos de tratamiento, incluyendo: coronas invertidas, los aparatos fijos /removibles /funcionales y rampas de composite. En este poster se abordará el tratamiento de este tipo de maloclusión mediante el uso de rampas de composite.

Objetivo: Demostrar que las rampas compuestas son una excelente opción terapéutica en pacientes jóvenes con mordida cruzada anterior de una sola pieza dental.

Caso clínico: L. M. Mujer, de 8 años acude a la consulta de Odontología Pediátrica por razones estéticas, dice que tiene: "un diente para dentro." Niega alergias, enfermedades sistémicas y no toma ningún medicamento. En la radiografía panorámica no se detectan alteraciones En el examen clínico, se observa que el diente 21 está atravesado con los dientes 31/32 teniendo una relación palatinizada. No se detectan las recesiones gingivales en el nivel de los dientes inferiores, no hay aumento de la movilidad.

Comentario: De acuerdo con Sun Bayrak *et al.*, hay varios métodos de tratamiento para la corrección de la mordida cruzada anterior. Al comparar las diferentes alternativas terapéuticas, según Theodore P. Croll *et al.*, las rampas o carriles de composite surgen como una alternativa más rápida, más fácil de realizar y más económica cuando comparados con las alternativas ya referidas. Los niños, especialmente los más

pequeños, se acomodan mejor a este tipo de tratamiento, una vez que no implican la realización de impresiones. Además, Cristian R. Kenworthy *et al.*, sostiene que esta vía terapéutica está contraindicado en niños con síntomas de disfunción temporomandibular.

Conclusión: Las rampas de composite se definen por un alargamiento de la corona del material compuesto de manera que los dientes 31 y 32 sean forzados a ocluir por palatino de lo 21, manteniéndolo ortoposicionados. Tiene la ventaja de ser un procedimiento rápido, seguro, económico, no invasivo y que evita molestias para el paciente. En este caso fue la mejor opción, ya que la mordida cruzada se resolvió en 1,5 meses.

Bibliografía:

1. Bindayel NA. Simple removable appliances to correct anterior and posterior crossbite in mixed dentition: Case report. Saudi Dent J. 2012;24(2):105-13.
2. Borrie F, Bearn D. Early correction of anterior crossbites: a systematic review. J Orthod. 2011;38(3):175-84.
3. Bayraka S, Sen Tunca E. Treatment of Anterior Dental Crossbite Using Bonded Resin-Composite Slopes: Case Reports. European Journal of Dentistry. 2008;2:3.
4. Kenworthy CR, Sheats RD. A bonded functional ramp to aid in asymmetric expansion of unilateral posterior crossbites. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2001;119(3):320-2

Publicação Científica VI

Artigo de revisão publicado na revista “the Journal of Medical and Biological Science Research (Pearl Research Journals)”, em 2016. (Anexo IX)

Polypharmacy and oral health among the elderly

Nélio Veiga¹, Marta Garcia², Valéria Pestana², Carlota Rey-Joly², Cátia Rodrigues², Carina Coelho²

¹Health Sciences Institute - Universidade Católica Portuguesa, Viseu Portugal.

²Center for Interdisciplinary Research in Health (CIIS), Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

Abstract: The increase in the elderly population is a factor that covers all countries without discrimination, have occurred historically in developed countries. The explanation for this fact is based on the improvement of living conditions of the populations, advances in medicine, improved sanitation and increase in the community and individual health care. The use of several drugs, self-medication, adverse drug reactions, several drug interactions and decreased quality of life of the elderly has become a public health issue.

The gradual aging of the population and increasing prevalence of chronic conditions, lead to the appearance of guidelines involving polypharmacy and the use of drugs considered potentially inappropriate for the elderly.

The purpose of this article is to highlight the importance of knowledge and recognition of the risks that a polypharmacy may represent during dental treatment based on the literature review of the scientific evidence.

In conclusion, periodontal disease, dental caries, lesions in the oral mucosa and xerostomy can be complications associated with polypharmacy among the elderly. It is crucial that the health professional presents the proper knowledge in order to conduct the dental appointment among the elderly patients to avoid the risk of complications during clinical procedures and post-operative recovery.

Keywords: Polypharmacy, oral health, quality of life, xerostomy, dental caries, oral diseases.

Introduction: The concept of "elderly" varies according to the socioeconomic status of each culture and nation. Thus, in developing countries it is considered elderly individual who are 60 or more years old and in developed countries, the age extends to 65 (Dagli & Sharma, 2014).

In the course of clinical practice the dental professional has to face various systemic diseases that can disrupt the normality of their daily clinical procedures and the need of therapy, having into account the possible complications that may appear (Gil-Montoya *et al.*, 2015; Dagli & Sharma, 2014).

In line with the development of the health systems, there has been an increase in the quality of medical services provided, contributing to the apparent increase in the average life expectancy of the population associated with a high prevalence of chronic diseases (Ornstein *et al.*, 2015).

Aging is characterized by the biological level changes and hemostasis, such as the deficiency of the immune systems, which involves greater susceptibility to many diseases. Pharmacological therapy has been fundamental to maintain the quality of life among the elderly with various chronic diseases. However, it is necessary to take into account the pharmacokinetics and pharmacodynamics of drugs among the elderly and the increased risk of drug interactions. From a clinical point of view, drug interactions may result in antagonistic, synergistic, additive or even unexpected biological responses (Cvecka *et al.*, 2015).

Subsequently, it has been observed more frequent dental appointments among patients with various systemic diseases and older ages, resulting in new risks and forcing the health professional to take certain precautions before starting any medical/dental procedure (Putten *et al.*, 2014; Heegaard *et al.*, 2011).

The objective of this article consists in conducting a review article to highlight the importance of knowledge and recognition of the risks that a polypharmacy may present to an elderly patient during medical dental treatment.

Methods: To carry out this review article the search strategies included electronic databases, reference lists of articles, and selected textbooks. Articles and textbooks used in this study were mainly reached by using the following keywords: "polypharmacy", "elderly", "oral health", "quality of life", "xerostomy", "dental caries", "periodontal

disease". By the end of the research, 15 scientific articles were selected to explain the importance of knowledge about polypharmacy in dental treatment among the elderly.

Results/Discussion: According to Corte-Real *et al.* (2011), "Periodontal disease and dental caries - constituting the main causes of tooth loss - lesions of the oral mucosa and the presence of xerostomy are the oral pathologies most frequently present reported by the elderly [...] because the presence of systemic disease and frequent polypharmacy in this age group, as well as other risk factors contribute significantly to the development of oral diseases." (Corte-Real *et al.*, 2011).

One of the main side effects of prescription drugs to elderly patients is the qualitative and quantitative changes of saliva (xerostomy and salivary hypofunction) (Viljakainen *et al.*, 2016).

Saliva plays a key role in the hemostasis of the oral cavity due to its protective and functional properties, including the assistance of speech and swallowing, buffering and neutralizing the intrinsic or extrinsic acid and maintaining healthy oral mucosa, preventing, this way, excessive growth of harmful microorganisms. With the presence of salivary hypofunction various complications may appear, resulting in decreased quality of life (Viljakainen *et al.*, 2016; Putten *et al.*, 2014; Singh & Papas, 2014). The study developed by Ichikawa *et al.* (2011), aimed to analyze drugs that are related to the decrease of saliva production in elderly patients and confirms that xerostomy is a side effect related with polypharmacy. In a sample of 368 aged between 79-80 years, the study concluded that there are gender differences in the saliva volume among the elderly, and that the saliva volume may be affected by the type of medication and the number of drugs prescribed (Ichikawa *et al.*, 2011).

Likewise, there are drugs that increases the probability of bleeding and infection, such as anticoagulants, antiplatelets, anti-histamines and antibiotics, which is very relevant for clinical procedures. In this study, we may verify that the drugs most used by the 238 patients who participated in this study where, by descending order: antihypertensive agents, 30.3%; antidepressive drugs, 13%; drugs used in arrhythmias, 11.3%; non-steroidal anti-inflammatories, 9.2%; non-opioid analgesics, 6.7%; antidiabetics, 6.3%; antibiotics (penicillins and cephalosporins), 6.3%; skeletal muscle relaxants 5.9% and sedative-hypnotic drugs, 5.5% (Ichikawa *et al.*, 2011). The dental professional is responsible not only for the overview of oral health, but also for the general and systemic condition of patients (Putten *et al.*, 2014; Greenwood *et al.*, 2010).

The study developed by Moreira *et al.* (2015) confirms that hypertension is the most frequent pathology in 14.5% of patients with age above 60 years. In the same study, 56% reported taking medication. Among these, the five most commonly consumed drugs were antihypertensive agents (28.8%), drugs used in arrhythmias (11.9%), antidepressants (5.1%), antidiabetics (5.1%) and non-opioid pain relievers (5.1%). The results obtained by different studies are worrying since the vast majority of patients need various types of medications and the risk of occurrence of adverse effects is relatively high (Martins *et al.*, 2015).

Thus, antihypertensives, antidepressants and anticonvulsants are examples of drugs that may develop oral pathologies (Moreira *et al.*, 2007). There are several recorded and used classes of drugs that interfere with the dental prescription routine. Adrenergic vasoconstrictors associated with local anesthetic solutions can interact with tricyclic antidepressants leading to an increase in blood pressure (Curkovic *et al.*, 2016).

They may also interact with non-selective β -blockers causing hypertension and secondary reflex bradycardia (Gregson & Romito, 2012; Heegaard *et al.*, 2011; Greenwood *et al.*, 2010).

Conclusions: Based on the methodology and the data obtained from the literature review of scientific evidence, we may conclude that the majority of the elderly over 60 years of age, mentioned the use of drugs antihypertensive, antiarrhythmic, antidepressant and analgesic drugs. Periodontal disease, dental caries, oral mucosa lesions and xerostomy can be associated with complications often prescribed to elderly. Given this reality, it is crucial to train the health professional in order to conduct the dental appointment among the elderly patient to avoid the risk of complications during clinical procedures and post-operative recovery.

References:

- Côrte-Real, IS., Figueiral, MH. and Campos, JCR., 2011. Oral Diseases in the Elderly - General Considerations. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.*, 52(3):175–180.
- Ćurković, M., Dodig-Ćurković, K., Erić, AP., Kralik, K. and Pivac, N., 2016. Psychotropic medications in older adults: a review. *Psychiatr Danub.*, 28(1):13-24.
- Cvecka, J., Tirpakova, V., Sedliak, M., Kern, H., Mayr, W. and Hamar, D., 2015. Physical Activity in Elderly. *Eur J Transl Myol.*, 25(4):249-52.

- Dagli, RJ. and Sharma, A., 2014. Polypharmacy: A Global Risk Factor for Elderly People. *Int Oral Health.*, 6(6):i–ii.
- Gil-Montoya, JA., Ferreira de Mello, AL., Barrios, R., Gonzalez-Moles, AM. and Bravo, M., 2015. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review *Clin Interv Aging.*, 10:461–467.
- Greenwood, M., Jay, E. and Meechan, J., 2010. General medicine and surgery for dental practitioners. Part 1- the older patient. *Br Dent J.*, 208:339-342.
- Gregson, K. and Romito, L., 2012. Using the Patient's Medication History as a Learning Tool in Clinical Pharmacology Instruction for Dental Students. *J Dent Educ.*, 76(11):1482-1490.
- Heegaard, K., Holm-Pedersen, P., Bardow, A., Hvidtfeldt, U., Gronbaek, M. and Avlund, K., 2011. The Copenhagen Oral Health Senior Cohort: design, population and dental health. *Gerodontol.*, 28:165-176.
- Ischikawa, K., Sakuma, S., Yoshihara, A., Miyazaki, H., Funayama, S., Ito, K. and Igarashi, A., 2011. Relationships between the amount of saliva and medications in elderly individuals. *Gerodontol.*, 28:116-120.
- Martins, GA., Acurcio, A., Franceschini, C., Priore, SE. and Ribeiro AQ., 2015. Use of potentially inappropriate medications in the elderly in Viçosa, Minas Gerais State, Brazil: a population-based survey. *Cad Saude Publica.*, 31(11):2401-12.
- Moreira, A., Milanez, L., Okamoto, T., Okamoto, R. and Giroto M., 2007. Consumo de medicamentos pelos pacientes submetidos a procedimentos odontológicos. *Rev Odontol UNESP.*, 36(2):157-162.
- Ornstein, K., DeCherrie, L., Gluzman, R., Scott, E., Kansal, J., Shah, T., Katz, R. and Soriano, T., 2015. Significant unmet oral health needs of homebound elderly adults. *J Am Geriatr Soc.*, 63(1):151-7.
- Putten, G., Baat, C., Visschere, L. and Schols, J., 2014. Poor oral health, a potencial new geriatric syndrome. *Gerodontol.*, 31:17-24.
- Singh, ML. and Papas, A., 2014. Oral implications of polypharmacy in the elderly. *Dent Clin North Am.*, 58(4):783-96.
- Viljakainen, S., Nykänen, I., Ahonen, R., Komulainen, K., Suominen, AL., Hartikainen, S. and Tiihonen, M., 2016. Xerostomia among older home care clients. *Community Dent Oral Epidemiol.* doi:10.1111/cdoe.12210.

Discussão

No que diz respeito à população observada na Clínica Dentária Universitária UCP, torna-se claro, ao observar o gráfico 1, que se trata, maioritariamente, de indivíduos do género feminino cuja idade se encontra, predominantemente, na 2ª e 4ª décadas de vida.

Em 2015, a OMD aplicou um questionário a uma amostra populacional de 1102 indivíduos, com idade superior a 15 anos, de ambos os géneros, à semelhança do ano anterior. Este estudo foi validado em Portugal incluindo as ilhas autónomas da Madeira e Açores. No que concerne aos hábitos de higiene, 97,4% dos pacientes afirmam escovar os dentes com frequência. Relativamente ao ano anterior, verifica-se que a frequência de escovagem se mantém, ao passo que o número de inquiridos que afirma usar o fio dentário aumentou (29,1% em 2015 e 23,3% em 2014). (98)

Perante os resultados recolhidos, 45 dos pacientes da amostra populacional da Universidade Católica Portuguesa escova os dentes 2 a 3 vezes por dia e 37% dos pacientes referem utilizar, regularmente, o fio dentário, explícito no gráfico 3 e 4, respetivamente.

Os resultados obtidos na amostra refletem, de certa forma, a prevalência da diabetes a nível nacional, correspondendo a 13% dos pacientes atendidos pelo binómio 6. De acordo com a literatura, em 2011, a diabetes representa 8,2% das causas de mortalidade a nível mundial. (99) Em 2013, a prevalência estimada da diabetes na população portuguesa, com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos foi de 13,0%, ou seja, mais de 1 milhão de portugueses inseridos neste grupo etário padece desta patologia, sendo que 90% sofre de diabetes tipo II. (100) A literatura sugere que a diabetes aumenta o risco e a gravidade das doenças periodontais. A *American Diabetes Association* reconheceu que a doença periodontal é comum em pacientes com diabetes. (44) Esta patologia está associada à produção exacerbada de mediadores inflamatórios, tais como: fator de necrose tumoral- α (TNF- α) e interleucina-1 β , associadas à diferenciação e atividade osteoclástica, bem como de metaloproteínases de matriz e citocinas reguladoras das células T, mecanismos inerentes à progressão da doença periodontal. A diabetes pode estar associada a uma maior prevalência de *Porphyromonas gingivalis* e *Prevotella intermédia*. (101) Do gráfico 14 conclui-se que

dos 8 pacientes diabéticos que o binómio observou em Periodontologia, 6 apresentavam PCMG e a 2 foi-lhes diagnosticada PCAg.

Macedo M. *et al.* estudou a distribuição da hipertensão arterial em Portugal numa amostra de 5023 indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e 90 anos, obtendo uma prevalência de 42,1%. (102) No que diz respeito ao leque de pacientes que compõe a amostra, observou-se que 38% apresenta hipertensão arterial, os quais estão medicados com anti-hipertensores que, por sua vez, correspondem ao grupo farmacológico mais prevalente na amostra global.

O risco das Doenças Cardiovasculares Ateroscleróticas foi fundamentado no levantamento de dados, tais como o historial de eventos decorrentes de doenças cardiovasculares ateroscleróticas, bem como dislipidémias e hipercolesterolemia diagnosticadas, obtendo-se uma percentagem de população em risco de 21%.

As Doenças Cardiovasculares (DCV), principalmente o AVC (Acidente Vascular Cerebral) e a DCI (Doença Cardíaca Isquémica) constituem a principal causa de morte em Portugal em ambos os sexos. (103) A etiologia das DCV é aterosclerótica, na maioria dos casos e está correlacionada com diversos Fatores de Risco Cardiovascular (FRCV) modificáveis, tais como a hipertensão-arterial, diabetes *mellitus*, hipercolesterolemia, dislipidémia, obesidade, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, elevados níveis de stress. Estima-se que 75% das DCV podem ser atribuídas a FRCV modificáveis, que vêm realçar a necessidade de prevenção da doença e promoção da saúde. (104)

Quanto aos hábitos tabágicos da amostra observada concluiu-se que é superior à média nacional com uma prevalência de 25%. Num estudo transversal aplicado a uma amostra populacional de 6003 indivíduos, com idades superiores a 15 anos, Pereira M. *et al* inferiu que 19,0% da população portuguesa é fumadora, cujo género masculino apresenta uma maior prevalência comparativamente ao género feminino, 26,5 versus 12,2%, respetivamente. (105) Em Portugal, 11,7% do número de óbitos estão associados a hábitos tabágicos. (106) É de salientar a importância do profissional de saúde no desencorajamento destes hábitos na população assistida, pelas consequências provenientes e as suas repercussões a nível da cavidade oral e sistémico.

Relativamente ao levantamento de dados que dizem respeito ao número de atos clínicos realizados, pelo binómio 6, na área de Medicina oral, como operadora, executei 6 atos clínicos. O binómio conduziu todas as consultas regendo-se pelo curso normal

protocolado, ou seja, a reunião da história clínica, o exame clínico e radiográfico, culminando no estabelecimento de um correto plano de tratamento. As lesões intra-orais que o binómio identificou não foram passíveis de biópsia, uma vez que foi possível a concretização de um diagnóstico final.

Num estudo retrospectivo, observacional, transversal e comparativo, por análise de 11300 fichas clínicas, Azul *et al.* identificaram 1184 patologias da cavidade oral. A estomatodínia foi a patologia mais frequente (18,8%), seguida de líquen planus (14,4%), tumores benignos (7,7%), quistos (odontogénicos 4,7%, de retenção 4,4%), língua geográfica (4,3%), candidoses (3,8%), úlcera traumática (3,8%), queratose friccional (3,7%), aftas recorrentes (3,1%), granuloma reativo (3%), cancro oral (1,9%) e leucoplasia (1,5%). (107)

Em Cirurgia Oral, como operadora, realizei 6 atos clínicos. Tendo em conta que em 2 consultas procedi a exodontias múltiplas, fiz 1 exodontia com odontoseção e 3 exodontias simples. Como supracitado, o binómio planeou e cooperou na exodontia das raízes de um molar superior com relação evidente com o seio maxilar realizada pelo Professor Bruno Leitão.

Na área de Periodontologia o binómio atendeu um total de 17 atos clínicos. É possível constatar que a maioria dos pacientes, atendidos pelo binómio 6, apresenta periodontite, cuja forma generalizada da doença mais prevalente é a moderada. Através da interpretação do gráfico 13, confirmamos que se registaram somente 3 casos de gengivite induzida por placa. O aluno deve iniciar o tratamento por uma revisão da história clínica, seguindo-se o preenchimento do periograma, cálculo do IP e BOP, preenchimento do PSR e, se necessário, realizar o status radiográfico. O paciente poderá estar também indiciado para cirurgia periodontal, objetivando a redução de bolsas periodontais ou a correção de defeitos mucogengivais. O Binómio 6 planeou e auxiliou o Professor Tiago Marques na execução de uma gengivectomia.

No âmbito de Prótese Fixa o binómio 6 realizou a reabilitação de um dente extensamente destruído com espigão e falso coto e coroa metalocerâmica, referida na secção dos casos clínicos diferenciados, bem como consultas de avaliação e controlos, somando na totalidade 14 atos clínicos. É de referir que são poucos os pacientes que aceitam submeter-se à reabilitação dentro desta unidade, explicado pelo elevado orçamento que um tratamento de reabilitação fixa subentende.

Na área de Prótese Removível o binómio contabilizou um total de 30 consultas, à data do relatório, representando a unidade clínica com maior afluência de atos clínicos. Tal facto poderá ser explicado pela duração das aulas clínicas de Prótese Removível, sendo esta de 4 horas, dividindo-se em blocos de 2 horas, bem como pelo facto de um número significativo de pacientes apresentar já próteses removíveis propensas a controlos, rebasamentos e acrescento de dentes. Segundo um estudo da OMD, 54,0% dos portugueses que têm falta de dentes naturais não têm nada a substituí-los. Apenas 4,7% têm dentes fixos. Dos portugueses que têm prótese, 66,8% têm superior e inferior. (98)

A área disciplinar de Oclusão revelou-se algo deficitária no que concerne ao número de atos clínicos, o que pode ser explicado pela falta de conhecimento por parte dos pacientes relativamente a esta área. É desejável que o aluno foque a sua atenção em patologias que poderão ter origem na disfunção da articulação temporomandibular.

A Dentisteria Operatória é a segunda área que apresenta mais atividade clínica. Na totalidade foram realizadas 21 consultas, sendo que fui operadora em 10 delas. Tal facto, poderá ser esclarecido pela elevada incidência de lesões de cárie, de tratamentos que se subordinem à substituição de restaurações provisórias por definitivas e traumatismos dentários. Por outro lado a escolha do paciente recai, fortemente, sobre a Dentisteria Operatória e, quase sempre, por condicionalismos económicos, o paciente abdica de tratamentos na área da Prótese Fixa.

Na Endodontia o binómio reuniu um total de 17 atos clínicos. Como operadora realizei 9 consultas: retratamento de um dente monocanal; um tratamento endodôntico radical de um molar multicanal; controlos e urgências. O leque de pacientes podia ter sido mais extenso caso estes se pautassem pela assiduidade e pontualidade, o que nem sempre se verificou.

Em Odontopediatria o binómio atendeu 9 consultas. Apesar de em termos quantitativos, representarem um baixo número de casos, releve-se que foram bastante diversificados, dos quais são de salientar: a observação de "*Dens evaginatus*"; a avulsão de três peças dentárias no setor anterior de um adolescente e posterior reabilitação com placa de Hawley e deteção de uma hipoplasia de esmalte.

A Ortodontia é a unidade curricular que se revela menos requisitada. Esta realidade pode justificar-se com o facto da escolha dos pacientes incidir, sobretudo, no tratamento através de aparatologia fixa, para o qual o aluno não está habilitado. Porém,

o aluno carrega o dever de reconhecer e diagnosticar problemas transversais, verticais, esqueléticos, má-oclusão de Angle, entre outros, em crianças/ jovens, no sentido de os encaminhar para esta área clínica, determinando a necessidade, ou não, de tratamento preventivo, intercetivo ou corretivo, com recurso a aparelhos removíveis. É de salientar que o binómio não conseguiu reunir nenhum caso clínico. Porém, findo o percurso académico é expectável que o aluno domine a interpretação/execução das análises de Bolton e Moyers, traçado cefalométrico e análise de Rickets/Wits congregando os parâmetros necessários para estabelecer os objetivos do tratamento e a génese do mesmo, que pode variar entre a ortodontia, ortopedia ou cirurgia ortognática.

Conclusão

Volvidos estes 5 anos de estudo, o momento tão desejado e igualmente desafiante aproxima-se. Existe um misto de sentimentos que, por um lado traz ao estudante a concretização de um sonho e, por outro, a certeza de que os seus conhecimentos não têm fronteiras. É tempo de perceber que um médico dentista carrega consigo uma missão que extrapola a realização de qualquer ato clínico. Ser médico dentista é ser, muitas vezes, um bom ouvinte, um psicólogo e ter a modéstia de perceber que o caso que tem em mãos representa um constante desafio onde o paciente tem, impreterivelmente, de ser visto na sua dimensão física, mental e social. A incumbência do clínico transcende o tratamento de uma patologia oral localizada, não podendo dissociar-se do seu papel preventivo generalizado. Saúde oral e saúde sistémica são indissociáveis e, por conseguinte, o profissional de saúde deve honrar o compromisso de estabelecer um correto diagnóstico diferencial, através do qual, podem ser detetadas patologias que, com intervenção precoce e atempada, poderão repercutir-se num aumento da longevidade do paciente.

Nesta etapa de integração no mercado de trabalho, não posso descurar os diversos obstáculos decorrentes da situação política/económica do país em que vivemos. Contudo, pretendo assumi-los com frontalidade, resiliência e capacidade de aprender ao longo da vida. A minha formação académica, que avalio de excelência, munuiu-me de saberes basilares capazes de impulsionarem novos conhecimentos.

No universo em constante mutação, como é o caso da Medicina Dentária, temos que ter a humildade de perceber que o diploma serve, simplesmente, para nos habilitar a aprender ao longo de todo um percurso profissional.

Bibliografia

1. Saúde OMD. [cited 2016, 13 abril]. Available from: <http://cemi.com.pt/2014/11/23/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>.
2. Association AD. [cited 2016, 13 april]. Available from: <http://www.ada.org/en/publications/cdt/glossary-of-dental-clinical-and-administrative-ter#d>.
3. Esteves H, Quintanilla J. Anamnesis optimization in Dentistry. *Cadernos de saúde*. 2011;47-55.
4. Tommasi M. *Diagnóstico em Patologia Bucal*. 4ª ed: Elsevier; 2014.
5. Branch WT. Treating the whole patient: passing time-honoured skills for building doctor-patient relationships on to generations of doctors. *Med Educ*. 2014;48(1):67-74.
6. Little J, Falace D, Miller C, Rhodus N. *Dental Management of the Medically Compromised Patient*. 8th ed 2013.
7. Aškinytė D, Matulionytė R, Rimkevi A. Oral manifestations of HIV disease: A review. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*. 2015;17:8.
8. Cao W, Mehraj V, Kaufmann DE, Li T, Routy JP. Elevation and persistence of CD8 T-cells in HIV infection: the Achilles heel in the ART era. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(1):20697.
9. Menezes R, Riceto É, Borges A, Roder D, Pedroso R. Evaluation of virulence factors of *Candida albicans* isolated from HIV-positive individuals using HAART. *Oral Biology*. 2016;66:61-5.
10. Nanteza M, Tusiime JB, Kalyango J, Kasangaki A. Association between oral candidiasis and low CD4+ count among HIV positive patients in Hoima Regional Referral Hospital. *BMC Oral Health*. 2014;14:143.
11. Stojanov IJ, Woo SB. Human papillomavirus and Epstein-Barr virus associated conditions of the oral mucosa. *Semin Diagn Pathol*. 2015;32(1):3-11.
12. Kreuter A, Wieland U. Oral hairy leukoplakia: a clinical indicator of immunosuppression. *CMAJ*. 2011;183(8):932.
13. Brasileiro CB, Abreu MH, Mesquita RA. Critical review of topical management of oral hairy leukoplakia. *World J Clin Cases*. 2014;2(7):253-6.
14. Arul AS, Kumar AR, Verma S, Arul AS. Oral Kaposi's sarcoma: Sole presentation in HIV seropositive patient. *J Nat Sci Biol Med*. 2015;6(2):459-61.
15. Shao E, Ruhangisa F, Minja N, Nnko K, Katundu D, Semango G, et al. Atypical Kaposi Sarcoma of the Tongue in HIV Positive Tanzanian Female. *Case Rep Infect Dis*. 2015;2015:851462.
16. Dudhia B, Dudhia B, Patel S, Jani Y. Oral lichen planus to oral lichenoid lesions: Evolution or revolution. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2015;19(3):364-70.

17. Resende JP, Chaves M, Aarestrup FM, Aarestrup BV, Olate S, Netto HD. Oral lichen planus treated with tacrolimus 0.1%. *Int J Clin Exp Med*. 2013;6(10):917-21.
18. Bajpai M, Kumar M, Kumar M, Agarwal D. Pigmented lesion of buccal mucosa. *Case Rep Med*. 2014;2014:936142.
19. Regezi J, Sciubba J, Jordan R. *Patologia Oral*. 5^a ed2008.
20. Ge J, Zheng J, Zhang L, Yuan W, Zhao H. Oral propranolol combined with topical timolol for compound infantile hemangiomas: a retrospective study. *Sci Rep*. 2016;6:19765.
21. Singh P, Parihar AS, Siddique SN, Khare P. Capillary haemangioma on the palate: a diagnostic conundrum. *BMJ Case Rep*. 2016;2016.
22. Fomete B, Samaila M, Edaigbini S, Agbara R, Okeke UA. Primary oral soft tissue angiosarcoma of the cheek: a case report and literature review. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2015;41(5):273-7.
23. Sachdeva SK, Dutta S, Rout P. Angiosarcoma of mandible: An uncommon clinical entity. *Int J Appl Basic Med Res*. 2015;5(2):142-4.
24. Rohilla K, Ramesh V, Balamurali P, Singh N. Oral melanoacanthoma of a rare intraoral site: case report and review of literature. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2013;6(1):40-3.
25. Kumar C, Sharma D, Pandita A, Shastri S. Congenital Lingual Melanotic Macule: Rare entity in infants. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2015;15(3):e440-1.
26. Ali EA, Karrar MA, El-Siddig AA, Zulfu A. Oral malignant melanoma: a rare case with unusual clinical presentation. *Pan Afr Med J*. 2015;22:113.
27. Sarkar SB, Sarkar S, Ghosh S, Bandyopadhyay S. Addison's disease. *Contemp Clin Dent*. 2012;3(4):484-6.
28. Tomas C, Soyer P, Dohan A, Dray X, Boudiaf M, Hoeffel C. Update on imaging of Peutz-Jeghers syndrome. *World J Gastroenterol*. 2014;20(31):10864-75.
29. Zinelabidine K, Meziane M, Mernissi FZ. [Peutz-Jeghers syndrome, about 3 cases in siblings]. *Pan Afr Med J*. 2012;11:59.
30. Nagarajan A, Masthan MK, Sankar LS, Narayanasamy AB, Elumalai R. Oral manifestations of vitiligo. *Indian J Dermatol*. 2015;60(1):103.
31. Wu YC, Wang YP, Chang JY, Cheng SJ, Chen HM, Sun A. Oral manifestations and blood profile in patients with iron deficiency anemia. *J Formos Med Assoc*. 2014;113(2):83-7.
32. Zimmermann C, Meurer MI, Grando LJ, Gonzaga Del Moral JA, da Silva Rath IB, Schaefer Tavares S. Dental treatment in patients with leukemia. *J Oncol*. 2015;2015:571739.
33. Paiva T. *Lesões Ulcerativas da Cavidade Oral e a Importância do Diagnóstico Diferencial [Estudo Observacional]: Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras*; 2013.
34. Arpita R, Monica A, Venkatesh N, Atul S, Varun M. Oral Pemphigus Vulgaris: Case Report. *Ethiop J Health Sci*. 2015;25(4):367-72.

35. Kuriachan D, Suresh R, Janardhanan M, Savithri V. Oral Lesions: The Clue to Diagnosis of Pemphigus Vulgaris. *Case Rep Dent.* 2015;2015:593940.
36. Saadoun D, Wechsler B. Behcet's disease. *Orphanet J Rare Dis.* 2012;7:20.
37. Chiewchengchol D, Murphy R, Edwards SW, Beresford MW. Mucocutaneous manifestations in juvenile-onset systemic lupus erythematosus: a review of literature. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2015;13:1.
38. Pereira MS, Munerato MC. Oral Manifestations of Inflammatory Bowel Diseases: Two Case Reports. *Clin Med Res.* 2016.
39. Medicine AAoO. [cited 2016 16 april]. Available from: <http://www.aaom.com/>.
40. Strassburg M, Knolle G. Diseases of the oral mucosa: a color atlas. 2nd ed: Quintessence books; 1994.
41. Greenberg M, Glick M. *Burket's Oral Medicine Diagnosis and Treatment.* 10th ed: BC Decker Inc; 2003.
42. McDonald R, Avery D. *Odontopediatria.* 7th ed: Guanabara koogan; 2001.
43. Boj J, Catalá M, Ballesta C, Mendonza A. *Odontopediatria.* 1st ed: Elsevier Masson; 2005.
44. Newman M, Takei H, Klokkevold P, Carranza F. *Carranza Periodontia.* 11th ed: Elsevier; 2012.
45. American Academy of Periodontology [cited 2016 14 april]. Available from: <http://members.perio.org/libraries/glossary?ssopc=1>.
46. Dentistas OdM. [cited 2016 14 april]. Available from: <http://www.ond.pt/publico/carie-dentisteria>.
47. Conceição E. *Dentística: Saúde e Estética.* 2ª ed: Artmed Editora; 2009.
48. Stewart K, Phoenix R, Cagna D, DeFreest C. *Stewart's clinical removable partial prosthodontics.* 3rd ed: Quintessence; 2003.
49. Brudvik J. *Advanced Removable Partial Dentures* 1st ed: Quintessence books; 1999.
50. Carr A, McGivney G, Brown D. *Removable Partial Prosthodontics.* 11th ed: Elsevier Mosby 2011.
51. Rosenstiel L, Fujimoto. *Contemporary Fixed Prosthodontics.* 4th ed: Elsevier; 2006.
52. Ford T. *Endodontics in clinical Practice.* 5th ed: wright; 2004.
53. Canut J. *Ortodoncia Clinica.* 1ª ed: Masson - Salvat Odontología; 1988.
54. McNeill C. *Science and Practice of Occlusion* 1st ed: Quintessence; 1997.
55. Wieckiewicz M, Boening K, Wiland P, Shiau YY, Paradowska-Stolarz A. Reported concepts for the treatment modalities and pain management of temporomandibular disorders. *J Headache Pain.* 2015;16:106.
56. Bae Y, Park Y. The Effect of Relaxation Exercises for the Masticator Muscles on Temporomandibular Joint Dysfunction (TMD). *J Phys Ther Sci.* 2013;25(5):583-6.
57. Escoda C, Aytés, L. *Tratado de Cirugía Bucal - Tomo Ergon;* 2011.

58. Peterson L, Ellis E, Hupp J, Tucker M. *Cirurgia oral e Maxilofacial contemporânea*. 4ª ed: Mosby; 2005.
59. Shillingburg H, Hobo S, Whitsett L, Jacobi R, Brackett S. *Fundamentos de Prótese Fixa*. 4ª ed: Quintessense; 2007.
60. Duarte A, Outeiro R, Espírito Santo J. Restauração de um dente extensamente destruído. Caso clínico. *Cadernos de saúde* 2008;2.
61. Esteves H, Correia A, Araujo F. Classification of extensively damaged teeth to evaluate prognosis. *J Can Dent Assoc*. 2011;77:b105.
62. Asmussen E, Peutzfeldt A, Sahafi A. Finite element analysis of stresses in endodontically treated, dowel-restored teeth. *J Prosthet Dent*. 2005;94(4):321-9.
63. Stockton LW. Factors affecting retention of post systems: a literature review. *J Prosthet Dent*. 1999;81(4):380-5.
64. Pereira JR, de Ornelas F, Conti PC, do Valle AL. Effect of a crown ferrule on the fracture resistance of endodontically treated teeth restored with prefabricated posts. *J Prosthet Dent*. 2006;95(1):50-4.
65. Morgano SM. Restoration of pulpless teeth: application of traditional principles in present and future contexts. *J Prosthet Dent*. 1996;75(4):375-80.
66. Shekhar S, Mittal S. Permanent Restoration in Endodontically Treated Teeth: Clinical Dilemma, Future Trends and Review of Literature. *International Journal of Dental and Medical Specialty* 2015;2(3).
67. Holmes DC, Diaz-Arnold AM, Leary JM. Influence of post dimension on stress distribution in dentin. *J Prosthet Dent*. 1996;75(2):140-7.
68. Goodacre CJ, Spolnik KJ. The prosthodontic management of endodontically treated teeth: a literature review. Part III. Tooth preparation considerations. *J Prosthodont*. 1995;4(2):122-8.
69. Andersson L, Andreasen J, Day P, Heithersay G, Trope M. Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: 2. Avulsion of Permanent Teeth. *International Association of Dental Traumatology*. 2013;35.
70. Zaleckiene V, Peciuliene V, Brukiene V, Drukteinis S. Traumatic dental injuries: etiology, prevalence and possible outcomes. *Stomatologija*. 2014;16(1):7-14.
71. Karayilmaz H, Kirzioglu Z, Erken Gungor O. Aetiology, treatment patterns and long-term outcomes of tooth avulsion in children and adolescents. *Pak J Med Sci*. 2013;29(2):464-8.
72. Kenny KP, Day PF, Douglas GV, Chadwick BL. Primary care dentists' experience of treating avulsed permanent teeth. *Br Dent J*. 2015;219(5):E4.
73. Tashima AY, Verrastro AP, Ferreira SLM, Wanderley MT, Guedes P. Early Orthodontic Treatment of Anterior and Posterior Crossbite: Case Report. *JBP – J Bras Odontopediatr Odontol Bebê, Curitiba*. 2003;6:24-31.
74. Angelieri F, Cevidanes LH, Franchi L, Goncalves JR, Benavides E, McNamara JA. Midpalatal suture maturation: classification method for individual assessment before rapid maxillary expansion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2013;144(5):759-69.

75. Ramazani M, Asgary S, Zarenejad N, Mehrani J. Interdisciplinary Approach for Management of Iatrogenic Internal Root Resorption: A Case Report. *Iran Endod J.* 2016;11(1):71-4.
76. Umashetty G, Hoshing U, Patil S, Ajgaonkar N. Management of Inflammatory Internal Root Resorption with Biodentine and Thermoplasticised Gutta-Percha. *Case Rep Dent.* 2015;2015:452609.
77. Perlea P, Nistor CC, Suciu I, Iliescu MG, Iliescu AA. Rare multiple internal root resorption associated with perforation - a case report. *Rom J Morphol Embryol.* 2014;55(4):1477-81.
78. Madani Z, Moudi E, Bijani A, Mahmoudi E. Diagnostic Accuracy of Cone-Beam Computed Tomography and Periapical Radiography in Internal Root Resorption. *Iran Endod J.* 2016;11(1):51-6.
79. Stratul SI, Nica L, Roman A, Didilescu AC, Bacila A, Rusu D, et al. Severely altered post-traumatic internal morphology of upper incisors associated with biologic width violation - the combined conservative approach. *Rom J Morphol Embryol.* 2014;55(4):1521-6.
80. Hegde R, Battepati P. Clinical Applications of Mineral Trioxide Aggregate: Report of Four Cases. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry.* 2010;3(1):43-50.
81. Ebeleseder KA, Kqiku L. Arrest and Calcification Repair of internal root resorption with a novel treatment approach: Report of two cases. *Dent Traumatol.* 2015;31(4):332-7.
82. Torabinejad M, Chivian N. Clinical applications of mineral trioxide aggregate. *J Endod.* 1999;25(3):197-205.
83. Parirokh M, Torabinejad M. Mineral trioxide aggregate: a comprehensive literature review--Part I: chemical, physical, and antibacterial properties. *J Endod.* 2010;36(1):16-27.
84. Kaup M, Schafer E, Dammaschke T. An in vitro study of different material properties of Biodentine compared to ProRoot MTA. *Head Face Med.* 2015;11:16.
85. Athanassiadis M, Jacobsen N, Nassery K, Parashos P. The effect of calcium hydroxide on the antibiotic component of Odontopaste and Ledermix paste. *Int Endod J.* 2013;46(6):530-7.
86. Lakshmi S, Bharani S, Ambardar K. Repair of an oroantral communication by a human amniotic membrane: a novel technique. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2015;41(4):194-7.
87. Ribeiro FS, de Toledo CT, Aleixo MR, Durigan MC, Silva WC, Bueno SK, et al. Treatment of Oroantral Communication Using the Lateral Palatal Sliding Flap Technique. *Case Rep Med.* 2015;2015:730623.
88. Franco-Carro B, Barona-Dorado C, Martinez-Gonzalez MJ, Rubio-Alonso LJ, Martinez-Gonzalez JM. Meta-analytic study on the frequency and treatment of oral antral communications. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011;16(5):e682-7.
89. Escoda C, Aytés L. *Tratado de Cirugía Bucal.* Tomo I. 1ª ed: Madrid: Ergon; 2004.

90. Punwutikorn J, Waikakul A, Pairuchvej V. Clinically significant oroantral communications--a study of incidence and site. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1994;23(1):19-21.
91. Souza Lopes PH, Sampaio Dde O, de Souza Menezes BL, do Nascimento DF, Torres BC. Combined palatal flap and titanium mesh for oroantral fistula closure. *Ann Maxillofac Surg.* 2015;5(1):89-92.
92. Vicente R. Terapêutica de fistula-oroantral: Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa; 2015.
93. Mathur S, Khatri RK, Mathur R, Srivastava R, Nag BP. Drug induced gingival overgrowth: a rare case report. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(1):ZD31-3.
94. Bharti V, Bansal C. Drug-induced gingival overgrowth: The nemesis of gingiva unravelled. *J Indian Soc Periodontol.* 2013;17(2):182-7.
95. Correa JD, Queiroz-Junior CM, Costa JE, Teixeira AL, Silva TA. Phenytoin-induced gingival overgrowth: a review of the molecular, immune, and inflammatory features. *ISRN Dent.* 2011;2011:497850.
96. Ponnaiyan D, Jegadeesan V. Cyclosporine A: Novel concepts in its role in drug-induced gingival overgrowth. *Dent Res J (Isfahan).* 2015;12(6):499-506.
97. Pundir AJ, Pundir S, Yeltiwar RK, Farista S, Gopinath V, Srinivas TS. Treatment of drug-induced gingival overgrowth by full-mouth disinfection: A non-surgical approach. *J Indian Soc Periodontol.* 2014;18(3):311-5.
98. Dentistas Odm. Barómetro Nacional de Saúde Oral 2015 [cited 2016, 17 May]. Available from: <https://www.omd.pt/barometro/docs/barometrosaudeoral2015.pdf>.
99. Pereira M, Carreira H, Lunet N, Azevedo A. Trends in prevalence of diabetes mellitus and mean fasting glucose in Portugal (1987-2009): a systematic review. *Public Health.* 2014;128(3):214-21.
100. Diabetes: DS. Diabetes - Factos e números 2014 [cited 2016, 9 may]. Available from: http://spd.pt/images/ond_2015.pdf.
101. Perez-Losada FL, Jane-Salas E, Sabater-Recolons MM, Estrugo-Devesa A, Segura-Egea JJ, Lopez-Lopez J. Correlation between periodontal disease management and metabolic control of type 2 diabetes mellitus. A systematic literature review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2016:0.
102. Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, Alcantara P, Ramalhinho V, Carmona J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal. The PAP study. *Rev Port Cardiol.* 2007;26(1):21-39.
103. Ribeiro S, Furtado C, Pereira J. Association between cardiovascular disease and socioeconomic level in Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia.* 2013;32:855-6.
104. Vaz D, Santos L, Carneiro AV. Risk factors: definitions and practical implications. *Rev Port Cardiol.* 2005;24(1):121-31.
105. Pereira AM, Morais-Almeida M, Sousa A, Jacinto T, Azevedo LF, Robalo Cordeiro C, et al. Environmental tobacco smoke exposure at home and smoking prevalence in the general Portuguese population--the INAsma study. *Rev Port Pneumol.* 2013;19(3):114-24.

106. Alves J, Nunes C, Perelman J. Socio-economic inequalities in tobacco-related diseases in Portugal: an ecological approach. *Public Health*. 2016;130:36-42.
107. Dentistas OdM. [cited 2016, 22 May]. Available from: <https://www.ond.pt/congresso/2015/apresentacoes/p060>.

Anexos

Anexo I – História Clínica

1.3.2. PESSOAS DENTÁRIOS

1.3.3. FAMILIARES E DENTÁRIOS

2. EXAME CLÍNICO

2.1. Extra-Oral

Face:	<input type="text"/>	Adenopatias:	<input type="text"/>
Cicatrizes:	<input type="text"/>	Edemas:	<input type="text"/>
Tumefações:	<input type="text"/>	Assimetrias:	<input type="text"/>
		Outros:	<input type="text"/>

2.2. Intra-Oral

Lábios:	<input type="text"/>	Pavimento da Boca:	<input type="text"/>
Língua:	<input type="text"/>	Reg. Jugal Direita:	<input type="text"/>
Palato Duro:	<input type="text"/>	Reg. Jugal Esquerda:	<input type="text"/>
Palato Mole:	<input type="text"/>	Gengivas:	<input type="text"/>
Vestibulos e Freios:	<input type="text"/>	Prótese:	<input type="text"/>

Higiene Oral:

Higiene Oral:

ATM

Sintomatologia:	<input type="text"/>
Abertura da Boca:	<input type="text"/>
Classe de Angle:	<input type="text"/>

GLÂNDULAS

Parótidas:	<input type="text"/>
Submaxilares:	<input type="text"/>
Sublinguais:	<input type="text"/>
Menores:	<input type="text"/>
Ductos Excretórios (Stenon, Warthon):	<input type="text"/>
Saliva:	<input type="text"/>

Anexo II - Ficha de Risco

Preenchimento da Ficha de Avaliação de Risco (EMRRH)

Nível de Risco: **0**

Data:

Código:

Nome:

Sexo:

Idade:

Tipo Actividade:

Estudante Desempregado
 Trabalhador Reformado por limite de idade
 Doméstica Reformado por invalidez

Nível de Estudos:

Básico (até ao 9º ano, inclusivé)
 Médio
 Superior (licenciatura, mestrado, doutoramento)

Resumo:

Pergunta	Nível

Classificação:

Nível	Descrição
I	Paciente saudável
II	Doença sistémica moderada, sem limitação das funções vitais
III	Doença sistémica severa, com funções vitais comprometidas
IV	Doença sistémica severa com ameaça à vida

Página 1 Página 2 Página 3 Página 4 Página 5 Página 6

Preenchimento da Ficha de Avaliação de Risco (EMRRH)

Nível de Risco: **0**

Questionário:

1. Já sentiu dor torácica ao realizar esforço físico (angina de peito)?
Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

a) As suas actividades estão limitadas? SIM NÃO NÃO RESPONDEU

b) As suas queixas aumentaram recentemente? SIM NÃO NÃO RESPONDEU

c) Tem dor torácica em repouso? SIM NÃO NÃO RESPONDEU

2. Já teve algum ataque cardíaco?
Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

a) As suas actividades estão limitadas? SIM NÃO NÃO RESPONDEU

b) Teve algum ataque cardíaco nos últimos seis meses? SIM NÃO NÃO RESPONDEU

3. Tem sopro cardíaco, doença de válvula cardíaca ou válvula cardíaca artificial?
Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

a) Sofreu alguma cirurgia cardíaca ou vascular no espaço dos últimos seis meses? SIM NÃO NÃO RESPONDEU

b) É portador de "pace-maker" ou marca-passo? SIM NÃO NÃO RESPONDEU

c) É portador de doença cardíaca reumática? SIM NÃO NÃO RESPONDEU

d) As suas actividades estão limitadas? SIM NÃO NÃO RESPONDEU

4. Tem palpitações no coração sem fazer esforços?
Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

a) Tem que se sentar, descansar ou deitar durante as palpitações? SIM NÃO NÃO RESPONDEU

b) Algumas vezes sente falta de ar, vertigem ou palidez? SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Resposta:

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Página 1 **Página 2** Página 3 Página 4 Página 5 Página 6

Questionário:

Resposta:

5. Sofre de insuficiência cardíaca?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Sente falta de ar em decúbito dorsal (deitado de costas para baixo)?
 b) Precisa de dois ou mais travesseiros nocturnos devido a insuficiência respiratória?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

6. Tem ou já teve hipertensão?

Escreva os valores da última tensão arterial:

Máximo:

Mínimo:

7. Tem tendência para a hemorragia?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Já teve alguma hemorragia que durasse mais de uma hora após uma cirurgia ou ferida?
 b) Já lhe apareceu alguma contusão espontânea?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

8. Sofre de epilepsia?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Sente que está a piorar?
 b) Continua a ter ataques apesar da medicação?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

9. Sofre de asma?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Toma medicamentos e/ou usa inaladores?
 b) Apresenta dificuldades respiratórias actualmente?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Questionário:

Resposta:

10. Tem outros problemas respiratórios ou tosse persistente?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Tem dificuldade respiratória depois de subir 20 degraus?
 b) Tem dificuldade respiratória ao despir-se?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

11. Já teve alguma reacção alérgica à penicilina, aspirina, látex, material dentário ou outro qualquer?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Isto exigiu tratamento médico ou hospitalar?
 b) Ocorreu durante a visita ao médico dentista?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

12. Sofre de diabetes?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Toma insulina?
 b) A sua diabetes está descontrolada actualmente?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

13. Sofre de doença da tiróide?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) A sua tiróide está hipoactiva?
 b) A sua tiróide está hiperactiva?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

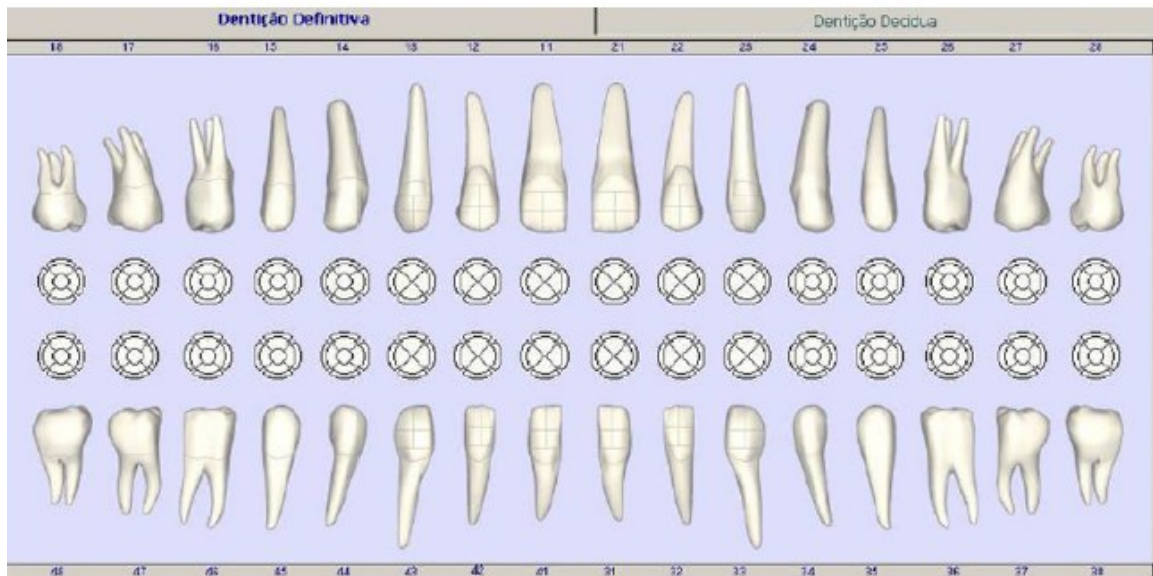
SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

14. Sofre, ou já sofreu de alguma doença hepática?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Anexo III – Odontograma



Anexo IV - Publicação científica I (Poster)



Apresentação de casos clínicos de Dentes Evaginados

M. Garcia¹; A. Silva¹; S. Castro¹; M. Seabra²; A. Figueiredo²

¹Universidade Católica Portuguesa, alunas Mestrado Integrado de Medicina Dentária

²Universidade Católica Portuguesa, docentes da área de Odontopediatria



Introdução

O dente evaginado/Dens evaginatus é um defeito caracterizado por uma elevação com aparência tuberculada da superfície oclusal, podendo também ocorrer na superfície vestibular e lingual/palatina. A evaginação normalmente contém esmalte, dentina e polpa. O defeito resulta de uma evaginação do epitélio interno do órgão do esmalte ou de uma hiperplasia focal do ectomesênquima da papila dentária. É mais frequente em pré-molares e molares, sendo normalmente bilateral. O dente evaginado também pode surgir em dentes anteriores maxilares ou mandibulares, verificando-se a presença de uma cúspide acessória que se projeta na região do cíngulo. A maior complicação desta anomalia é a polpa poder estender-se até ao tubérculo, resultando num aumento do risco de exposição pulpar. A literatura sugere a redução do tubérculo oclusal ou do dente antagonista para prevenir problemas oclusais.

Palavras- Chave: Dente evaginado; Cúspide acessória; Exposição pulpar; Hiperplasia focal do ectomesênquima; Odontopediatria; Abordagem terapêutica;

Casos clínicos



Paciente género feminino, 9 anos, apresenta dente 11 evaginado



Paciente género feminino, 10 anos, apresenta dente 22 evaginado



Paciente género masculino, 11 anos, apresenta dentes 12 e 22 evaginados



Paciente género masculino, 11 anos, apresenta dente 26 com cúspide

Discussão

Em dentes hígidos é recomendada a aplicação de selantes. Na presença de tecido cariado, sem exposição pulpar, está indicado o tratamento restaurador. Nos casos em que ocorra exposição pulpar, a abordagem terapêutica poderá passar por tratamento endodôntico radical. Em casos muito severos de malformação poderá estar indicada a extração da peça dentária.

Conclusão

O tratamento varia consoante o grau de comprometimento dos dentes afetados, podendo abranger:

Dentisteria

Endodontia

Cirurgia

Bibliografia

1. Ayer A, Vikram M, Suwal P. Dens Evaginatus: A Problem-Based Approach. Case Rep Dent. 2015;2015:290206. 2. Chandra B, Das M. Accessory Central Cusp in the Maxillary Second Primary Molars: A Rare Entity among the Rare. Int J Clin Pediatr Dent. 2014;7(2):202-5. 3. Colak H, Aytilci SU, Kellekci H. Dens evaginatus on maxillary first premolar: Report of a rare clinical case. J Nat Sci Biol Med. 2012;3(2):192-4. 4. Mupparapu M, Singer SR, Goodchild JH. Dens evaginatus and dens invaginatus in a maxillary lateral incisor: report of a rare occurrence and review of literature. Aust Dent J. 2004;49(4):201-3. 5. Sharma A. Dens evaginatus of anterior teeth (lion cusp) associated with other odontogenic anomalies. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2006;24 Suppl 1:541-3. 6. Sharma G, Mishra AR, Nagpal A, Mishra P. Dens evaginatus and dens invaginatus in a double tooth: A rare case report. Indian J Dent Res. 2015;26(2):245-6.

Anexo V - Publicação científica II (Poster)

Hipoplasia de esmalte: A propósito de um caso clínico

M. Garcia¹; C. Alves²; A. Silva¹; S. Ferreira³; M. Seabra⁴; A. Figueiredo⁴

¹Universidade Católica Portuguesa, alunos Mestrado Integrado de Medicina Dentária
²Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, docente da área de Protopodontia Fixa
³Técnica de Prótese Dentária da Clínica Médico-Dentária Dr. Francisco Delille, Coimbra
⁴Universidade Católica Portuguesa, docentes da área de Odontopediatria

43

Introdução

A hipoplasia do esmalte resulta de uma alteração na secreção da matriz orgânica do esmalte cuja prevalência mundial está compreendida entre 2,4% a 40%. Afeta maioritariamente a dentição permanente, sendo mais frequente em primeiros molares e incisivos centrais superiores. Tem etiologia multifatorial, podendo advir de fatores hereditários ou ambientais/sistémicos. Pode apresentar um comprometimento estético, sensibilidade térmica acrescida e um aumento da suscetibilidade a lesões de cárie nas zonas hipoplásicas. Dependendo do grau de severidade do defeito, o tratamento pode variar desde uma simples terapêutica preventiva a uma reabilitação estética mais complexa.

Descrição do caso clínico

Paciente D. C., sexo masculino, com 7 anos vem à consulta de Odontopediatria para controlo periódico. Não apresenta doenças sistémicas dignas de registo e nega estar a tomar qualquer tipo de medicação. Os dentes 11 e 21 apresentam zonas de esmalte hipoplásicas. O doente queixa-se de sensibilidade térmica aumentada.


Discussão/Conclusão

As anomalias dentárias devem ser diagnosticadas o mais precocemente possível, no sentido de corrigir/alterar eventuais repercussões que possam comprometer a estética e/ou função. Neste caso em particular, considerando que o motivo da consulta foi a sensibilidade aumentada nestes dentes, bem como a estética do sector anterior, optou-se por proteger as zonas de dentina exposta com restaurações estéticas. Estas restaurações permitiram melhorar a componente estética, cumprindo, ao mesmo tempo requisitos funcionais, ao eliminarem a sensibilidade dentária, favorecendo uma melhor alimentação e diminuindo também o risco de cárie dentária, que neste caso estaria acrescido.

Bibliografia

1. Yadav PK, Saha S, Jagannath GV, Singh S. Prevalence and Association of Developmental Defects of Enamel with Dental Caries and Nutritional Status in Pre-School Children, Lucknow. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(10):2071-4. 2. Ravindran R, Saj AJM. Prevalence of the developmental defects of the enamel in children aged 12-15 years in Kollam district. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2016;6(1):23-33. 3. Nirmala BV, Quader MA, Veluru S, Tharay N, Koll NK, Minor Babu MS. Apgar Index as a probable risk indicator for enamel defects in primary dentition: a cross-sectional study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2015;33(3):229-33. 4. Kanchari T, Machado M, Rao A, Krishan K, Gag AK. Enamel hypoplasia and its role in identification of individuals: A review of literature. *Indian J Dent.* 2015;6(2):99-102. 5. Fragelli CM, Souza JF, Jeremias F, Cordero Roe C, Santos-Pinto L. Molar Incisor hypomineralization (MIH): conservative treatment management to restore affected teeth. *Braz Oral Res.* 2015;29. 6. Ghanim A, Elfrink M, Wierhahn K, Marino R, Mantou D. A practical method for use in epidemiological studies on enamel hypomineralization. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2015;16(3):235-46.

Anexo VI - Publicação científica III (Poster)




Reabsorção Interna – A propósito de um caso clínico

GARCIA M¹, CASTRO A¹, RIALOM C, CARDOSO M¹, NOGUEIRA²

¹ Biotécnicas do Membrão Integrado em Odontologia, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

² Docentes de Endodontia de Maratona Integrada em Odontologia, Instituto Dentário do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa




32
CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Introdução


A reabsorção radicular interna, caracteriza-se pelo processo de reabsorção das paredes da cavidade pulpar proveniente de uma inflamação crónica pulpar, resultando na exacerbção da atividade odontoclástica. A sua etiologia não é consensual, contudo, autores defendem que as reabsorções internas ocorrem devido à presença de lesões cariosas, patologia periodontal, lesões traumáticas, forças ortodónticas e sobreaquecimento durante o tratamento endodóntico. A lesão é assintomática e de progressão lenta. O objetivo deste trabalho é descrever um caso clínico de aplicação de MTA numa reabsorção interna.

Caso clínico




- Paciente, género masculino;
- 35 anos de idade;
- Aparece numa consulta da Clínica Universitária da Universidade Católica de Viseu;
- Refere dor no dente 3.6, endodonciado há dois anos;
- Foi estabelecido o diagnóstico de reabsorção interna através do exame clínico e exames completos de diagnóstico;
- Realizou-se o retratamento do dente;

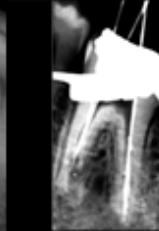
Procedimento clínico



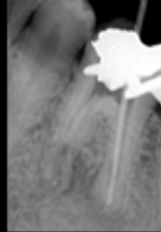
Radiografias pré-operatórias - 9 Junho 2016



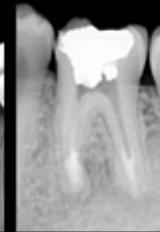
Cálculo da odontometria - 10 Junho 2016



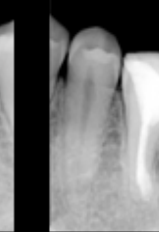
Colocação de hidróxido de cálcio - 25 Junho 2016



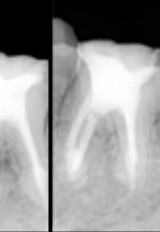
Conometria canal Distal - 16 Outubro 2016



MTA 3 mm apicais - 9 Junho 2016



Radiografias pós-operatórias - 10 Fevereiro 2016



Restauração definitiva com Synergy® DE



Radiografia controlo - 31 Março 2016


Discussão / Conclusão

A reabsorção radicular interna, na ausência de tratamento, poderá progredir até à superfície radicular externa e culminar na destruição da região periodontal, originando uma reabsorção dentária interna perturbante. A intervenção terapêutica torna-se imprescindível. Foi utilizado MTA[®] que consiste num material composto por silicato tricálcico, aluminato tricálcico e óxido de bismuto, biocompatível, radiopaco, com uma excelente capacidade de selamento e adaptação marginal. A ausência de sinais e sintomas assim como a diminuição da imagem radiolúcida sugere uma melhoria indiciadora do sucesso clínico.

Bibliografia


1. Umashay G, Hooshig U, Rafi A, Jaganikan N. Management of Inflammatory Internal Root Resorption with Botanin and Therapeutic Use of Gutta-Percha. Case Rep Dent. 2012;2012:42609. 2. Peres R, Wain CC, Saku I, Baccu MG, Baccu AJ. Rare multiple internal resorption associated with perforation - a case report. Rom J Morphol Embryol. 2014;22(4):474-41. 3. Madani Z, Moudi E, Sajani A, Mahmoudi E. Diagnostic Accuracy of Cone Beam Computed Tomography and Periapical Radiography in Internal Root Resorption. Iran Endod J. 2016;11(1):51-4. 4. Sraoui S, Nica L, Roman A, Dăbăescu CC, Bacila A, Răuș D, et al. Severely altered post-restorative internal morphology of upper incisors associated with biolog with violation - the combined conservative approach. Rom J Morphol Embryol. 2014;22(4):123-6. 5. Bakulaevir M, Kijko L. Ulcer and Calcification Repair of Internal root resorption with a novel treatment approach: Report of two cases. Dent Traumatol. 2016;31(8):557-7. 6. Hagle R, Baccu M. Clinical Application of Mineral Trioxide Aggregate: Report of Four Cases. International Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 2016;11(1):43-50. 7. Torabinejad M, Chiaramonte. Clinical application of mineral trioxide aggregate. J Endod. 1996;22(1):97-105.

Anexo VII – Publicação científica IV (Poster)



La rehabilitación estética de un adolescente después de la avulsión de los dientes anteriores

M. Garola¹; A. Silva¹; A. Castro¹; A. Figueredo²; M. Seabra²
¹Universidade Católica Portuguesa, estudantes de Medicina Dental
²Universidade Católica Portuguesa, mestros de la Odontopediatria




Introducción

La avulsión de los dientes permanentes es observada entre un 0.5% a un 3% de todas las lesiones dentarias. Varios estudios demuestran que esta lesión es una de las más complicadas a nivel dentario y su pronóstico está relacionado con el lugar donde ocurre el accidente y tiempo que se tarda en proceder. Una actuación de emergencia y un plan de tratamiento adecuados son los pilares para un buen pronóstico. Un diente permanente avulsionado es una de muchas situaciones de emergencia odontológica con bastante frecuencia, con una mayor prevalencia en el género masculino. En estos casos, se deben extremar las medidas y cuidados por parte de los profesionales siguiendo los protocolos establecidos.


Objetivos

Dada la frecuencia de traumatismos en dentición definitiva, es importante determinar y conocer el protocolo de actuación de las varias entidades específicas en el área de Odontopediatria y Traumatología dentaria.


Caso clínico



- Paciente de sexo masculino;
- 15 años, estudiante;
- Sufrió un episodio traumático que resultó en la avulsión de tres piezas dentarias, perdiendo el incisivo lateral derecho (1.2) e ingiriendo incisivo central derecho (1.1.) e incisivo central izquierdo (2.1.);



- En el trauma se laceró también la comisura labial izquierda y la región subnasal con una laceración superficial. En un primer abordaje en ambiente hospitalar le suturaron y le limpiaron las heridas;



- Una semana después en la *Universidade Católica Portuguesa* se le efectuó una evaluación radiográfica para descartar posibles fracturas maxilares y mandibular, intrusiones y/o restos radiculares intraalveolares;
- En esta situación, se uso una placa de *Hawley* de expansión con el añadido de tres piezas dentarias en el lugar de las avulsionadas y sujetas a la misma;

Comentario

Dado que en este caso, no fue posible reimplantar los dientes avulsionados, se siguieron los guidelines de la Asociación Americana de Odontopediatria, la cual sigue procedimientos semejantes a los descritos en los guidelines de la Asociación de Traumatología Dentaria Europea.


Conclusión

Al ser un paciente de edad joven y en crecimiento, fue necesario realizar una rehabilitación protésica de inmediato.

Bibliografía

1. Anderson L, Andreasen J, Day R, Hathaway G, Trope M, . Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: 2. Avulsion of Permanent Teeth. International Association of Dental Traumatology. 2013;23. 2. Zalackiene V, Paculienė V, Štukienė V, Drukteinis S. Traumatic dental injuries: etiology, prevalence and possible outcomes. Stomatologija. 2014;16(1):7-14. 3. Karayilmaz H, Özgüç S, Şirhan Güngör G. Aetiology, treatment patterns and long-term outcomes of tooth avulsion in children and adolescents. Pak J Med Sci. 2013;29(2):484-8. 4. Kenny KR, Day PE, Douglas GW, Chadwick RL. Primary care dentist's experience of treating avulsed permanent teeth. Br Dent J. 2013;219(3):24.

Anexo VIII – Publicação científica V (Poster)



Las rampas en Odontopediatría - tratamiento de un caso de mordida cruzada anterior


A. Rebelo¹; M. Garola¹; A. Castro¹; M. Seabra¹; A. Figueiredo²;
¹Universidade Católica Portuguesa, estudantes de Mestrado Integrado de Medicina Dentária
²Universidade Católica Portuguesa, maestros da área de Odontopediatria


Introducción


La mordida cruzada anterior es una maloclusión resultado de la palatinización de los incisivos superiores en relación a los incisivos inferiores y tiene una etiología multifactorial. Las mordidas cruzadas anteriores tienen una incidencia de 4-5%, siendo esencial el diagnóstico durante la dentición mixta. Para el tratamiento de esta maloclusión hay varios tipos de tratamiento, incluyendo: coronas invertidas, los aparatos fijos /removibles /funcionales y rampas de composite. En este poster se abordará el tratamiento de este tipo de maloclusión mediante el uso de rampas de composite e tiene como objetivo demostrar que las rampas compuestas son una excelente opción terapéutica en pacientes jóvenes con mordida cruzada anterior de una sola pieza dental.


Caso clínico

L. M. Mujer, de 8 años acude a la consulta de Odontología Pediátrica por razones estéticas, dice que tiene: "un diente para dentro". Niega alergias, enfermedades sistémicas y no toma ningún medicamento. En la radiografía panorámica no se detectan alteraciones. En el examen clínico, se observa que el diente 2.1 está atravesado con los dientes 3.1/3.2 teniendo una relación palatinizada. No se detectan las recesiones gingivales en el nivel de los dientes inferiores, no hay aumento de la movilidad.









Comentario

De acuerdo con San Bayrak *et al.*, hay varios métodos de tratamiento para la corrección de la mordida cruzada anterior. Al comparar las diferentes alternativas terapéuticas, según Theodore P. Croll *et al.*, las rampas o carriles de composite surgen como una alternativa más rápida, más fácil de realizar y más económica cuando comparados con las alternativas ya referidas. Los niños, especialmente los más pequeños, se acomodan mejor a este tipo de tratamiento, una vez que no implican la realización de impresiones. Además, Cristian R. Kenworthy *et al.*, sostiene que esta vía terapéutica está contraindicado en niños con síntomas de disfunción temporomandibular.

Conclusión

Las rampas de composite se definen por un alargamiento de la corona del material compuesto de manera que los dientes 3.1 y 3.2 sean forzados a ocluir por palatino de lo 2.1 y 1.1, manteniéndolo ortoposicionados. Tiene la ventaja de ser un procedimiento rápido, seguro, económico, no invasivo y que evita molestias para el paciente. En este caso fue la mejor opción, ya que la mordida cruzada se resolvió en 1,5 meses.

Bibliografía

1. Bindayel NA. Simple removable appliances to correct anterior and posterior crossbite in mixed dentition: Case report. Saudi Dent J. 2012;24(2):105-13.
2. Borrie F, Beare D. Early correction of anterior crossbite: a systematic review. J Orthod. 2011;38(3):173-84.
3. Bayraktar S, Sen Tuzcu E. Treatment of Anterior Dental Crossbite Using Bonded Resin-Composite Slopes: Case Reports. European Journal of Dentistry. 2009;2:3.
4. Kenworthy CR, Sheats KD. A bonded functional ramp to aid in asymmetric expansion of unilateral posterior crossbites. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2001;119(3):320-2.

Review on polypharmacy and oral health among the elderly

Nélio Veiga^{1*}, Marta Garcia², Valéria Pestana², Carlota Rey-Joly², Cátia Rodrigues² and Carina Coelho²

Accepted 5 April, 2018

¹Health Sciences Institute – Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal.

²Center for Interdisciplinary Research in Health (CIIS), Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

ABSTRACT

The increase in the elderly population is a factor that occurs worldwide. This fact can be explained by the improvement of living conditions of the populations, advances in medicine, improved sanitation and increase in the community and individual health care. The use of several drugs, self-medication, drug side effects, several drug interactions and decreased quality of life of the population has become an important public health issue. The gradual aging of the population and the increasing prevalence of chronic diseases has led to polypharmacy and the use of drugs that potentially are considered inappropriate for using among the elderly population. Oral diseases, such as periodontal disease, dental caries, lesions in the oral mucosa and xerostomia could be complications associated with polypharmacy among the elderly. It is crucial that the health professional, using his contemporary knowledge, is able to protect the elderly population from complications caused by polypharmacy. The purpose of this article was to highlight the importance of knowledge and recognition of the risks that polypharmacy may represent during dental treatment based on the international scientific literature.

Key words: Polypharmacy, Oral health, Quality of life, Xerostomia, Dental caries, Oral diseases.

*Corresponding author. E-mail: nelioveiga@gmail.com.

INTRODUCTION

The concept of "elderly" varies according to the socioeconomic status of each culture and nation. Thus, in developing countries it is considered as elderly, each person aged 60 or more, whereas, in developed countries, people with 65 or more years are considered elderly (Dagli and Sharma, 2014). In clinical practice the dental professional has to lead with various systemic diseases and the complications that can appear and that may cause difficulties in the application of certain clinical procedures (Gil-Montoya et al., 2015; Dagli and Sharma, 2014). In line with the development of the health systems, there has been an increase in the quality of medical services provided, contributing to the apparent increase in the average life expectancy of the population associated with a high prevalence of chronic diseases (Eckardt et al., 2016).

Aging is characterized by the biological changes

regarding the homeostasis, such as the immune systems deficiency, which could lead to a greater susceptibility of many diseases. Pharmacological therapy is essential to maintain the quality of life among the elderly with various chronic diseases (Ramgoolie et al., 2015). However, it is necessary to take into account the pharmacokinetics and pharmacodynamics of drugs among the elderly and the increased risk of drug interactions (Cvecka et al., 2015; Orstein et al., 2015). The purpose of this article was to highlight the importance of knowledge and recognition of the risks that polypharmacy may represent during dental treatment based on the international scientific literature.

MATERIALS AND METHODS

To carry out the current review article the search

strategies included electronic databases and reference lists of articles (such as Pubmed, Cochrane, ScienceDirect and Web of Science). The scientific articles used in this study were mainly reached by using the following keywords: "polypharmacy", "elderly", "oral health", "quality of life", "xerostomia", "dental caries", "periodontal disease". Scientific articles before 2007 were excluded from the final selection. By the end of the research, from a total of 43 scientific articles, 18 were selected to explain the importance of knowledge about polypharmacy in dental treatment among the elderly.

RESULTS AND DISCUSSION

One of the main side effects of prescription drugs to elderly patients is the qualitative and quantitative changes of saliva (xerostomia and salivary hypofunction) (Viljakainen et al., 2016).

Saliva plays a key role in the homeostasis of the oral cavity due to its protective and functional properties, including the assistance of speech and swallowing, buffering and neutralizing the intrinsic or extrinsic acid and maintaining healthy oral mucosa, preventing, this way, excessive growth of harmful microorganisms. With the presence of salivary hypofunction various complications may appear, such as dental caries, oral mucosa lesions and dry mouth, resulting in decreased quality of life (Viljakainen et al., 2016; Putten et al., 2014; Singh and Papas, 2014). In a study by Ischikawa et al. (2011), aimed to analyze drugs that are related to the decrease of saliva production in elderly patients and confirms that xerostomia is a side effect related with polypharmacy.

In a sample of 368 elderly aged 79 to 80 years, the study concluded that there are significant statistical differences between genders when comparing the saliva volume among the elderly, and that the saliva volume may be affected by the type of medication and the number of drugs prescribed (Ischikawa et al., 2011). Likewise, there are drugs that increase the probability of bleeding and infection, such as anticoagulants, antiplatelets, anti-histamines and antibiotics, which is very relevant for clinical procedures. In the study of Ischikawa et al. (2011), we may verify that the drugs most used by the patients who participated in this study where, by descending order: antihypertensive agents, 30.3%; antidepressive drugs, 13%; drugs used in arrhythmias, 11.3%; non-steroidal anti-inflammatories, 9.2%; non-opioid analgesics, 6.7%; antidiabetics, 6.3%; antibiotics (penicillins and cephalosporins), 6.3%; skeletal muscle relaxants 5.9% and sedative-hypnotic drugs, 5.5%. The study carried out by Moreira et al. (2015) confirms that hypertension is the most frequent pathology in 14.5% of patients with age above 60 years. In the same study, 58% reported were taken medication. Among these, the

five most commonly consumed drugs were antihypertensive agents (28.8%), drugs used in arrhythmias (11.9%), antidepressants (5.1%), antidiabetics (5.1%) and non-opioid pain relievers (5.1%). The results obtained by different studies are an important reason for concern since the vast majority of patients need various types of medications and the risk of occurrence of side effects is relatively high (Martins et al., 2015). According to Corte-Real et al. (2011), "Periodontal disease and dental caries are the main causes of tooth loss and lesions of the oral mucosa and the presence of xerostomia are the oral pathologies most frequently reported by the elderly. The presence of systemic diseases and frequent polypharmacy in this age group contribute significantly to the development of oral diseases." Antihypertensives, antidepressants and anticonvulsants are examples of drugs that may develop oral pathologies (Mortazavi et al., 2016; Moreira et al., 2007). There are several recorded and used classes of drugs that interfere with the dental prescription routine (Čurković et al., 2016; Gregson and Romito, 2012; Heegaard et al., 2011; Greenwood et al., 2010). Therefore, the dental professional is responsible not only for the overview of oral health, but also for the general and systemic condition of patients (Putten et al., 2014; Greenwood et al., 2010). Considering the fact that the elderly population has better access to dental appointments, also new risks associated with systemic diseases and older age have appeared, forcing the health professional to take certain precautions before starting any medical/dental procedure (Mortazavi et al., 2016; Putten et al., 2014; Heegaard et al., 2011).

CONCLUSION

The majority of the elderly over 60 years of age mention the use of drugs antihypertensive, antiarrhythmic, antidepressant and analgesic drugs. Periodontal disease, dental caries, oral mucosa lesions and xerostomia can be associated with complications often prescribed to elderly. Given this reality, it is crucial to train the health professional in order to conduct the dental appointment among the elderly patient to avoid the risk of complications during clinical procedures and post-operative recovery.

REFERENCES

- Côrte-Real IS, Figueira MH, Campos JCR (2011). Oral Diseases in the Elderly-General Considerations. *Rev. Port. Estomatol. Med. Dent. Cir. Maxilofac.* 52(3):175-180.
- Čurković M, Dodić-Čurković K, Erčić AP, Kralik K, Pivac N (2016). Psychotropic medications in older adults: a review. *Psychiatr. Danub.* 28(1):13-24.
- Čvečka J, Těpková V, Sedláček M, Kern H, Mayer V, Hamar D (2015). Physical Activity in Elderly. *Eur. J. Transl. Myol.* 25(4):249-52.

- Dagli RJ, Sharma A (2014). Polypharmacy: A Global Risk Factor for Elderly People. *Int. Oral Health*. 6(5): 1-2.
- Dickard M, Bretschneider C, van den Bussche H, König HH (2016). Analysis of Health Care Costs in Elderly Patients with Multiple Chronic Conditions Using a Finite Mixture of Generalized Linear Models. *Health Econ.* doi: 10.1002/hec.3334.
- Gil-Montoya JA, Ferreira de Mello AL, Santos R, Gonzalez-Moles AM, Bravo M (2015). Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clin. Interv. Aging*. 10:461-467.
- Greenwood M, Jay E, Meehan J (2010). General medicine and surgery for dental practitioners. Part 1- the older patient. *Br. Dent. J.* 208: 328-342.
- Gregson K, Romito L (2012). Using the Patient's Medication History as a Learning Tool in Clinical Pharmacology Instruction for Dental Students. *J. Dent. Educ.* 76(11): 1482-1490.
- Heegaard K, Holm-Pedersen P, Barlow A, Heidfeldt U, Gronbaek M, Avlund K (2011). The Copenhagen Oral Health Senior Cohort: design, population and dental health. *Gerodentol.* 28: 165-176.
- Ichikawa K, Sakuma S, Yoshihara A, Miyazaki H, Funayama S, Ito K, Igarashi A (2011). Relationships between the amount of saliva and medications in elderly individuals. *Gerodentol.* 28: 116-120.
- Martini GA, Acucio A, Francovichini C, Priore SE, Ribeiro AG (2015). Use of potentially inappropriate medications in the elderly in Vopos, Minas Gerais State, Brazil: a population-based survey. *Cad Saude Publica*. 31(11): 2401-12.
- Moreira A, Mianaz L, Okamoto T, Okamoto R, Giroto M (2007). Consumo de medicamentos pelos pacientes submetidos a procedimentos odontológicos. *Rev. Odontol. UNESP*. 36(2):157-162.
- Motazavi SS, Shah M, Kashikar A, Malickouli SK, Bazarang M, Asari S (2016). Defining polypharmacy in the elderly: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 34: e010580.
- Orshain K, DeCherrie L, Gluzman R, Scott E, Kanani J, Shah T, Katz R, Santoro T (2015). Significant unmet oral health needs of homebound elderly adults. *J. Am. Geriatr. Soc.* 63(1):151-7.
- Putten G, Baat C, Visschers L, Schols J (2014). Poor oral health, a potential new geriatric syndrome. *Gerodentol.* 31:17-24.
- Ramgoolam P, Nichols S (2015). Polypharmacy and the Risk of Malnutrition among Independently-Living Elderly Persons in Trinidad and Tobago. *West Indian Med. J.* doi:10.7727/wimj.2014.285.
- Singh ML, Pappas A (2014). Oral implications of polypharmacy in the elderly. *Dent. Clin. North Am.* 58(4):780-96.
- Viljakainen S, Nykänen I, Ahonen R, Korhonen K, Suominen AL, Hartikainen S, Tiihonen M (2016). Xenostomia among older home care clients. *Community Dent. Oral Epidemiol.* doi:10.1111/cedo.12210.